Soins de sante lies aux mauvais traitements et a la negligence, aux voies de fait et a la violence familiale

Canada

91-02484/

RAPPORT DU SOUS-COMITÉ DES GUIDES RELATIFS AUX SERVICES INSTITUTIONNELS

Guide pour l'établissement de normes :

SOINS DE SANTÉ LIÉS AUX MAUVAIS TRAITEMENTS, AUX VOIES DE FAIT, À LA NÉGLIGENCE ET À LA VIOLENCE FAMILIALE

Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé

Publication autorisée par le
ministère de la Santé nationale et du Bien-être social 1989

Also available in English under the title
"Health Care Related to Abuse, Assault, Neglect
and Family Violence"

REMARQUE

Les renseignements contenus dans le présent guide sont considérés à jour au moment de leur approbation (1989); toutefois, comme de nombreux aspects des soins de santé et de la technologie en matière de santé changent constamment, nous apprécierions toute suggestion visant à modifier ce guide. Tout renseignement portant sur des progrès ou des questions connexes doit être adressé au :

Secrétariat
Sous-comité des guides relatifs aux services institutionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

On peut obtenir d'autres exemplaires du guide, en français ou en anglais, à l'adresse ci-dessus.

© Ministère des Approvisionnements et Services, 1989
Cat. No. H39-49/4-1989F
ISBN 0-662-95621-4

■ TABLE DES MATIÈRES

Page

PRÉFACE v

LISTE DES PARTICIPANTS viii

INTRODUCTION

1. Rôle des établissements de santé auprès des victimes de mauvais traitements, de voies de fait, de négligence et de violence familiale 1
2. Comprendre les mauvais traitements, voies de fait, négligence et violence familiale 6
3. Approche interdisciplinaire 10
4. Formation et éducation 10
5. Utilisation du guide 11

MAUVAIS TRAITEMENTS ET NÉGLIGENCE INFLIGÉS À DES ENFANTS, Y COMPRIS L'ABUS SEXUEL ET L'AGRESSION SEXUELLE 13

Exemples de protocole/formulaire 27

VIOLENCE CONJUGALE 43

Exemple de liste de contrôle pour le programme d'éducation sur la violence conjugale 56

Exemple de guide d'évaluation et d'intervention dans les cas de violence conjugale 57

AGRESSION SEXUELLE 61

VIOLENCE EXERCÉE CONTRE LES PERSONNES ÂGÉES, FRÊLES OU VULNÉRABLES 77

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES 91

CONCLUSION 97

ANNEXES

I	Liste de contrôle des politiques et des règles	101
II	Liste de contrôle pour la vérification des soins	102
III	Répartition des rôles	104
IV	Liste des guides relatifs aux services institutionnels	108

PRÉFACE

Les directives suivantes, sur «Les soins de santé liés aux mauvais traitements, aux voies de fait, à la négligence et à la violence familiale» s'inscrivent dans la série de publications réalisées sous la direction du Sous-comité des guides relatifs aux services institutionnels. Ces publications[1] *procurent une définition soutenue des exigences qui s'imposent dans la planification et l'administration d'une grande variété de services spéciaux et de programmes dans les établissements de santé.*

En général, les guides sont fondés sur les renseignements, les connaissances, l'expérience, la recherche et l'opinion éclairée des professionnels et des organismes oeuvrant dans le domaine de la santé au Canada. Des organismes nationaux et internationaux de la santé et d'autres experts ayant des connaissances dans le domaine apportent également leur contribution. Cette méthode a permis à de nombreux Canadiens à travers le pays de participer à l'élaboration des guides et d'en arriver à un consensus à propos de l'approche proposée.

HISTORIQUE

Sous la direction du Comité consultatif fédéral-provincial des services en établissement et des services médicaux, le programme d'élaboration de guides est en application depuis 1972. Un Sous-comité permanent du Comité consultatif des guides relatifs aux services institutionnels, composé de représentants des gouvernements fédéral et provinciaux et du milieu professionnel, s'est vu accorder le mandat d'élaborer les guides.

Ces guides sont rédigés par des groupes de travail formés d'experts et de spécialistes de la santé, dont certains représentent le gouvernement. Le Sous-comité révise la version finale et la recommande au Comité consultatif pour approbation.

1 On trouvera une liste complète des Guides à l'Annexe IV.

OBJECTIF

Ces guides ont pour but de définir précisément les besoins en matière de services dans les établissements de santé. Même si les directives s'appuient sur les connaissances et l'expérience d'experts qui en sont venus à un consensus, elles ne doivent pas être considérées comme des normes rigides, particulièrement en ce qui concerne les changements rapides que connaissent les services. Les autorités provinciales en matière de santé peuvent modifier l'application de ces directives selon leurs besoins.

Lorsqu'on pense à établir un service, les directives devraient contribuer à déterminer le besoin d'un tel service, au niveau local, régional ou, dans certains cas, au niveau provincial ou même interprovincial.

Les services établis peuvent utiliser le guide pour déceler les lacunes et résoudre les problèmes sans que l'on soit pour autant dans l'obligation de créer de nouveaux services. Dans le cas où le service existe, les directives permettront :

- d'identifier les problèmes ayant trait à l'administration, au personnel, à l'appareillage et aux autres installations,
- de déterminer les dispositions nécessaires à prendre pour corriger un problème,
- d'établir les mesures prioritaires à prendre en fonction des besoins cliniques, des réalités financières et du degré de déficience du service.

BESOINS FUTURS

L'augmentation marquée du nombre de services de soins intensifs et de soins spéciaux dans les établissements de santé a nécessité de nouveaux établissements, d'autres appareils spécialisés et une formation poussée d'un plus grand nombre d'employés. De nouvelles approches de prestation des soins se sont également dessinées de manière à insister sur la nécessité d'assurer un plan de soins plus structuré dans lequel l'admission à un établissement ne représente qu'un aspect du plan d'ensemble des soins. Il faut donc établir des liens dans toute la gamme de soins qui vont de la prévention des maladies aux soins chroniques. Avec l'arrivée de nouveaux traitements

et de nouveaux procédés, il sera toujours nécessaire d'élaborer des directives pour aider ceux qui s'occupent de la planification et de l'application des services institutionnels.

RÉVISIONS

En raison des changements rapides dans le domaine de la prestation des soins de santé, les guides devront être mis à jour et révisés régulièrement. Il appartient au Sous-comité des guides relatifs aux services institutionnels de planifier et de superviser ces révisions.

REMERCIEMENTS GÉNÉRAUX

Le Sous-comité présente ses remerciements les plus sincères aux professionnels de la santé du Canada pour le travail énorme et le temps considérable consacré à cette entreprise ainsi qu'aux autres collaborateurs pour leurs avis et conseils éclairés.

■ LISTE DES PARTICIPANTS

1. SOUS-COMITÉ DES GUIDES RELATIFS AUX SERVICES INSTITUTIONNELS

Le Sous-comité des guides relatifs aux services institutionnels, chargé d'établir les directives nouvelles et les mises à jour contenues dans ce volume, était composé de :

Donald F. Moffatt, président
Directeur
Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Murray Barber
Expert-conseil en programmation
Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Primrose Bishop
Directrice
Division des services hospitaliers
Ministère de la Santé
St. Jean (Terre-Neuve)

Pauline F. Chartrand
Coordonnatrice
Expert-conseil en soins prolongés
Division des services en etablissement
et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Marcus Hollander
Directeur
Analyse des programmes et de la gestion
Division des soins permanents
Ministère de la Santé
Victoria (Colombie-Britannique)

D^r^ Gordon A. Judge
Directeur médical et Directeur exécutif adjoint
St. Joseph's Hospital
Hamilton (Ontario)

M. H. (Scotty) Lamb
Directeur
Soins hospitaliers et médicaux
Direction générale de l'administration des établissements
Soins hospitaliers et médicaux de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

Phyllis MacDonald
Expert-conseil en soins infirmiers
Division des installations urbaines de la santé
Commission des services de la santé du Manitoba
Winnipeg (Manitoba)

David L. Martin
Expert-conseil en technologie de la santé
Division des services en établissement
et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social
Ottawa (Ontario)

André Nolet
Expert-conseil en administration de la santé
Division des services en établissement
et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social
Ottawa (Ontario)

D^r Robert Seaver
Expert-conseil médical principal
Division des établissements
Direction générale de l'administration des établissements
Ministère de la Santé
Toronto (Ontario)

2. GROUPE DE TRAVAIL RESPONSABLE DE L'ÉLABORATION DU GUIDE DES SOINS DE SANTÉ LIÉS AUX MAUVAIS TRAITEMENTS, AUX VOIES DE FAIT, À LA NÉGLIGENCE ET À LA VIOLENCE FAMILIALE

Ces directives sur «Les soins de santé liés aux mauvais traitements, aux voies de fait, à la négligence et à la violence» ont été élaborées par un groupe de travail composé d'un comité coordonnateur comprenant des groupes de travail portant sur les thèmes suivants: la violence faite aux enfants; la violence conjugale; les agressions sexuelles; les abus envers les personnes âgées et envers les adultes frêles ou vulnérables. De plus la relation entre la santé et les services

communautaires ainsi que les questions médico-légales ont fait l'objet de textes supplémentaires.

Le Comité coordonnateur était composé d'experts dans différents domaines de la médecine, tel que les services d'urgence, la pratique familiale et la pratique médico-légale; l'administration; les soins infirmiers comprenant les soins infirmiers dans les unités d'urgence; le travail social incluant le milieu médical et le milieu communautaire. Les groupes de travail généralement à caractère régional et préposés à l'étude d'un domaine particulier formaient des équipes interdisciplinaires soit de façon formelle soit en raison d'expériences acquises dans des programmes multidisciplinaires.

Comité directeur

Dr Leonard A. Hargot, président
Médecin urgentologue
Hôpitaux Chedoke-McMaster
Professeur associé
Département de la pratique familiale
Division de la médecine d'urgence
Université McMaster
Hamilton (Ontario)

Pauline Chartrand
Coordonnatrice de projet (déc. 87 - juil. 88)
Expert-conseil en soins prolongés
Division des services en établissement
et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Carol Clemenhagen
Également co-convocatrice: violence conjugale
et agente de liaison avec les organismes nationaux
Vice-présidente aux Affaires publiques
Association des hôpitaux du Canada
Ottawa (Ontario)

D^r Fionnella S.S. Crombie
Également convocatrice: Aggressions sexuelles
(Initialement Directrice, Sexual Assault Assessment Services, Halifax Infirmary)
Professeure adjointe
(Department of Family Medicine)
Université McMaster
Hamilton (Ontario)

D^r James A.J. Ferris
Également convocateur: Questions médico-légales
Professeur de pathologie médico-légale
Université de Colombie-Britannique
Vancouver (Colombie-Britannique)

Susan Gilman
Agente de ressources de projet
(Initialement du Centre national d'information sur la violence dans la famille)
Conseil canadien sur la jeunesse et les enfants
Ottawa (Ontario)

D^r Gordon A. Judge
Directeur médical et Directeur exécutif adjoint
St. Joseph's Hospital
Hamilton (Ontario)

Nicole Latulippe
Également convocatrice: Abus envers les personnes âgées
Directrice générale par intérim
Centre d'accueil de Gatineau
Gatineau (Québec)

Margaret MacDonald
Également collaboratrice: Abus envers les personnes âgées
Expert-conseil
Ministère de la Santé
St.Jean (Terre-Neuve)

Mary McKittrick
Coordonnatrice du projet
Expert-conseil, Recherche des systèmes de santé
Division des services en établissement
et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social
Ottawa (Ontario)

D^r^ Marcie Mian
Également convocatrice: Enfance maltraitée
Directrice du projet SCAN
Hospital for Sick Children
Toronto (Ontario)

Lois Scott
Également co-convocatrice: Violence conjugale
Unité d'urgence
Hôpital de Moncton
Moncton (Nouveau-Brunswick)

Mish Vadasz
Également convocatrice: Services sociaux et
communautaires
Expert-conseil en travail social
Vancouver (Colombie-Britannique)

Membres du groupe de travail

Cheryl Barker
Collaboratrice: Agressions sexuelles
Hôpital communautaire de Hants
Comté de Hants (Nouvelle-Écosse)

Dr Joyce Curtis
Collaboratrice: Agressions sexuelles et
membre suppléant du Comité directeur
Université Dalhousie
Halifax (Nouvelle-Écosse)

D[r] Jean E. Drouin
Collaborateur: Abus envers les personnes âgées
Omnipraticien
Centre d'accueil de Gatineau
Gatineau (Québec)

Lisette Hay-Paquin
Collaboratrice: Abus envers les personnes âgées
Infirmière-conseil
Centre d'accueil Foyer du Bonheur
Gatineau (Québec)

Dr Carol Herbert
Collaboratrice: Enfance maltraitée
Pratique familiale
Faculté de médecine
Université de la Colombie-Britannique
Vancouver (Colombie-Britannique)

Renée Marcil
Collaboratrice: Abus envers les personnes âgées
Agente de recherche, Éducation
Chelsea (Québec)

Maurice Miron
Collaborateur: Abus envers les personnes âgées
Conseiller principal, Prévention de la violence contre les personnes âgées
Division de la prévention de la violence familiale
Direction générale des services sociaux
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Barry Moore
Collaborateur: Agressions sexuelles
Arichat (Nouvelle-Écosse)

Carol Wackett
Service for Sexual Assault Victims
Halifax (Nouvelle-Écosse)

3. REMERCIEMENTS SPÉCIAUX

Le Sous-comité est reconnaissant de l'appui général et de l'orientation fournis par la Division de la prévention de la violence familiale du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et par la personne-ressource de la Direction générale des services et de la promotion de la santé, Kathy Stewart. Le financement partiel fut fournit par l'intermédiaire de la Division de la santé mentale à partir de l'Initiative fédérale sur l'abus sexuel des enfants.

Au cours de la préparation de ces directives le Groupe de travail a entretenu des relations avec des organismes nationaux engagés dans le «Projet interdisciplinaire sur la violence familiale» :

L'Association canadienne des chefs de police
L'Association du Barreau canadien
L'Association des hôpitaux du Canada
L'Association médicale canadienne
L'Association des infirmières et infirmiers du Canada
Le Conseil des églises sur la justice et les services correctionnels
L'Institut canadien sur la santé de l'enfant
La Fédération canadienne des enseignants
L'Association canadienne des travailleurs sociaux
La Société canadienne de psychologie

Les commentaires transmis par ces organismes ont été incorporés dans le texte. (Le Rapport de la Phase I sur ce projet interdisciplinaire intitulé «L'autre versant de la montagne», est disponible auprès du Centre national d'information sur la violence dans la famille, Santé nationale et Bien-être social).

En plus des commentaires reçus de toutes les régions du pays, un certain nombre d'experts ont examiné le présent document en détail et formulé des commentaires qui ont amélioré de façon substantielle ledit document. Parmi ceux-ci, mentionnons : Frankie O'Flaherty, hôpital Waterford, St-Jean (Terre-Neuve); Jeanette Bartlett, Secrétaire du troisième âge, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social; et, Femmy Mes et Barbara Merriam, de la Division de la prévention de la violence familiale, Santé nationale et Bien-être social.

■ INTRODUCTION

1. RÔLE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ AUPRÈS DES VICTIMES DE MAUVAIS TRAITEMENTS, DE VOIES DE FAIT, DE NÉGLIGENCE ET DE VIOLENCE FAMILIALE

Le présent guide porte sur les stratégies précises que pourraient adopter les établissements de santé pour répondre aux besoins des victimes de mauvais traitements, de voies de fait, de négligence et de violence familiale et expose les responsabilités qui en résultent sur le plan médico-légal. Nous traiterons en particulier des mauvais traitements et de la négligence infligés aux enfants, y compris de l'abus sexuel et de l'agression sexuelle; de la violence conjugale, qui est surtout le lot des femmes; de l'agression sexuelle, surtout commise à l'endroit des femmes; et des mauvais traitements dont sont victimes les adultes âgés, frêles ou vulnérables. Ces différents sujets sont abordés dans des parties distinctes du guide et chaque partie forme un tout indépendant. Certains éléments du contenu peuvent donc se répéter d'une partie à l'autre. Les termes sont définis séparément dans chaque partie, leur usage pouvant varier selon le type de mauvais traitements.

Étant donné que les lois et les exigences en matière de programmes diffèrent d'une province à l'autre, tous les programmes traitant de questions de violence interpersonnelle et familiale doivent être élaborés en consultation avec les autorités provinciales et locales compétentes. Les collectivités sont de plus en plus conscientes du problème de la violence interpersonnelle et au sein de la famille et comprennent un peu mieux le phénomène, à preuve les dispositions législatives qui évoluent rapidement, en particulier en ce qui concerne la déclaration des cas de mauvais traitements. Les planificateurs et les professionnels de la santé doivent donc se tenir au fait des dispositions législatives et des mécanismes de notification en vigueur dans la province.

Ce document ne vise pas à définir les rôles des professionnels, les normes relatives à la pratique professionnelle ni à fournir des protocoles précis. Il se veut un guide pour l'élaboration de

programmes et présente les structures de base nécessaires à leur mise en oeuvre.

Aperçu

La violence interpersonnelle et familiale est un important problème social qui résulte de l'interaction d'un vaste éventail de facteurs personnels, sociaux et de comportement tels que décrits de la page 6 à la page 9. Comme la violence est rarement liée à des facteurs médicaux, il n'existe donc pas vraiment de traitement médical ou de remède.

La promotion de bonnes relations interpersonnelles, la prévention des séquelles graves d'une expérience de mauvais traitements, le dépistage, l'identification et les mesures de protection, l'évaluation, la planification et la coordination des services, le traitement et le suivi des victimes et des agresseurs sont toutes des mesures qui peuvent être et qui sont souvent prises sans l'intervention des services de santé.

De nombreux cas de violence sont néanmoins portés à l'attention des établissements de santé pour une multitude de raisons, la plus fréquente étant des lésions ou traumatismes qui doivent être soignés. Des blessures peuvent devoir être traitées de toute urgence ou exiger une intervention médicale, chirurgicale ou psychologique immédiate. Les victimes et les agresseurs peuvent se présenter à l'hôpital pour des problèmes de santé qui ne sont pas directement ou apparemment liés à la situation de violence qu'ils vivent. Ces problèmes de santé peuvent être dus à une crise qui vient de se produire ou résulter d'une longue période de stress et de victimisation. D'autres victimes peuvent dévoiler l'existence de mauvais traitements lorsqu'elles sont traitées pour des problèmes sans liens apparents.

La violence nuit grandement à la santé et au bien-être de la victime et de l'agresseur, qui souvent se retrouvent dans des établissements de santé pour y recevoir des soins. Il arrive fréquemment qu'ils aient peur de faire part de leurs problèmes, qu'ils nient l'existence de ces problèmes, ou encore qu'ils ne soient pas du tout au courant des ressources et des services disponibles.

Parmi les autres raisons qui expliquent l'intervention fréquente des établissements de santé dans les situations de violence et de mauvais traitements, citons : la nécessité de recueillir des preuves médico-légales bien étayées par des documents et la sécurité des établissements comme lieux de refuge. Il y a aussi l'idée que ceux-ci

peuvent peut-être intervenir plus librement et de façon plus sûre qu'un voisin ou un organisme communautaire. En plus, par tradition, les tribunaux et la société accordent plus de crédibilité et d'autorité aux professions de la santé.

Face à la violence interpersonnelle et familiale, les établissements de santé se retrouvent dans des situations complexes et doivent assumer des rôles délicats. Un bon nombre de ces rôles exigent la prise de mesures de protection et une coordination des services qui, il n'y a pas longtemps, n'étaient pas requises de façon systématique ou universelle dans la plupart des disciplines de la santé. L'acquisition des compétences nécessaires n'est pas non plus encore assez bien intégrée dans la formation et la préparation des professionnels de la santé.

Objectifs

Les établissements de santé jouent un important rôle social dans la collectivité et doivent à ce titre s'opposer fermement et ostensiblement à la violence dans la société. Une telle prise de position devrait être approuvée par les conseils d'administration et s'accompagner d'un engagement à fournir des services adéquats à toutes les personnes concernées, soit directement soit par le biais de réseaux communautaires ou régionaux. Les conseils d'administration sont bien placés pour veiller à ce que des programmes, des méthodes et des protocoles appropriés soient élaborés conformément aux exigences provinciales et en fonction des besoins et des attentes de la collectivité.

Planification des programmes

Chaque établissement de santé doit évaluer ses propres besoins en matière de programmes dans les domaines suivants :

- les mauvais traitements infligés aux enfants, y compris l'abus sexuel et l'agression sexuelle
- la violence conjugale
- l'agression sexuelle, et
- les mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées, frêles ou vulnérables

Ces quatre questions sont étudiées en détail dans les parties distinctes du guide. La plupart des établissements de santé doivent élaborer des programmes, des politiques et des règles dans les

quatre domaines. Il importe de noter que quel que soit le type ou l'objet des mauvais traitements, les stratégies de planification de programmes doivent prendre en considération tous les membres de la cellule familiale.

La direction et le personnel qui n'ont connaissance d'aucun acte de violence familiale dans la région desservie par leur établissement ont besoin de formation en cours d'emploi afin de les sensibiliser au problème de la violence et de les aider à reconnaître les cas de mauvais traitements. Dans un service d'urgence, le nombre de cas de violence familiale reconnus comme étant la cause sous-jacente ou le facteur déclenchant de traumatismes ou de problèmes médicaux peut décupler une fois que le personnel a appris à en reconnaître les signes et à intervenir comme il convient.[2] Les établissements qui ne disposent pas de services spécialisés de pédiatrie, par exemple, peuvent devoir intervenir pour protéger les enfants victimes de violence familiale qui sont examinés dans d'autres services.

Les établissements, tels que les hôpitaux pour enfants et les établissements de soins prolongés, peuvent n'avoir des programmes que dans certains des quatre principaux domaines susmentionnés. Cependant, avant de restreindre les objectifs du programme, les directeurs généraux, les conseils d'administration et les cadres supérieurs voudront interroger un échantillon représentatif d'organisations régionales de santé et d'organisations de planification communautaire dans plusieurs disciplines. Il convient de porter une attention particulière aux besoins généraux de la clientèle, de la collectivité et des employés de l'hôpital, eux-mêmes n'étant pas à l'abri de la violence familiale.

Il peut être utile de consulter la section MAUVAIS TRAITEMENTS, VOIES DE FAIT, NÉGLIGENCE ET VIOLENCE FAMILIALE, aux pages 6 à 9 avant de déterminer quels éléments intégrer dans le profil d'un programme.

Niveaux de service

Après avoir déterminé les éléments qu'il convient d'intégrer dans le programme, la prochaine étape de la planification consiste à évaluer le niveau de service approprié pour chaque composante du programme. Encore une fois, on devrait consulter au préalable le conseil d'administration, les cadres supérieurs compétents, les autorités provinciales en services de santé de même que les

2 "New Program to identify abuse first of its kind in *Ontario Hospitals Today*, septembre 1988, p.1. Pour obtenir plus d'information, communiquer avec le Département de service social, Hôpital général d'Ottawa.

organisations régionales de santé et de planification de services communautaires.

Les niveaux de service seront tributaires de divers facteurs, notamment : la taille et le rôle de l'établissement de santé, les compétences disponibles dans le domaine de spécialisation requis et les possibilités d'accès à d'autres ressources communautaires désignées.

Les niveaux de service à considérer sont les suivants :

- le dépistage et l'orientation des cas (éléments de base de tous les programmes),
- l'évaluation des cas ou service de consultation, ou
- le traitement et la prise en charge des cas.

Souvent, la taille même de la collectivité influe sur le choix du niveau de service qui convient dans un cas donné de violence familiale. Dans les petites villes, la victime comme l'agresseur préfèrent parfois, pour des raisons de sécurité ou de confidentialité, être adressés à des services de l'extérieur.

Dans chaque partie, on trouvera des suggestions en ce qui concerne la décentralisation des responsabilités à l'échelle régionale et les façons de solliciter la collaboration de divers services communautaires en vue de s'acquitter des responsabilités encourues. Il convient à cet égard d'examiner les avantages qu'il pourrait y avoir à partager certains services.

Des groupes d'aide aux victimes et de défense de leurs intérêts devraient être constitués chaque fois qu'il est possible, aux étapes appropriées de l'intervention.

Le lecteur trouvera dans les annexes, pages 101 à 107, des listes générales de contrôle pour la planification de programmes dans les quatre domaines étudiés. Ces annexes sont présentées à titre indicatif seulement et doivent être adaptées à chaque programme particulier :

ANNEXE I LISTE DE CONTRÔLE DES POLITIQUES ET DES RÈGLES
ANNEXE II LISTE DE CONTRÔLE POUR LA VÉRIFICATION DES SOINS
ANNEXE III RÉPARTITION DES RÔLES

Peu importe le niveau de service, on doit faire preuve de compassion et de discernement et bien comprendre la nature et les signes de la violence lorsqu'on définit et applique les objectifs, les politiques et règles, les protocoles, les programmes de formation en cours d'emploi et les services.

2. COMPRENDRE LES MAUVAIS TRAITEMENTS, LES VOIES DE FAIT, LA NÉGLIGENCE ET LA VIOLENCE FAMILIALE[3]

L'attitude de la société à l'égard des mauvais traitements, des voies de fait, de la négligence et de la violence familiale a changé considérablement au cours du XX^{e} siècle. De plus en plus consciente des coûts énormes de la violence sur les plans physique, émotif et économique, la société a été obligée d'investir énergie et ressources dans un but de prévention, d'identification, d'intervention et de prise en charge de ce problème. Les établissements de santé et le personnel jouent à cet égard un rôle crucial.

Prise de conscience graduelle

Les structures pour répondre aux différentes formes de violence dans notre société ne sont pas toutes nouvelles; mais les perceptions et la façon d'envisager ces problèmes sociaux ont contribué à modifier la nature de ces interventions et les attentes de la population.

Depuis que le «syndrome de l'enfant maltraité» a été reconnu il y a une trentaine d'années, les professionnels de la santé - tant cliniciens que chercheurs - ont abordé la question de l'enfance maltraitée sous l'angle du diagnostic et du traitement médicaux. La vision de la violence et de l'agression sexuelle dont sont victimes les femmes s'est transformée en raison des pressions exercées par la base, des initiatives de la collectivité et, notamment, de la réalisation du rôle important des femmes au sein de la société. Comme en témoignent les documents sur la violence familiale publiés à la fin des années 1970, les professionnels de la santé et des services sociaux et le mouvement féministe naissant, de plus en plus préoccupés par le

3 Cette section s'inspire en grande partie de l'article de David Finkelhor, "Common Features of Family Abuse", dans *The Dark Side of Families*, publié sous la direction de David Finkelhor, Richard J. Gelles, Gerald T. Hotaling et Murray A. Strauss, 1987, Sage Publications, Beverly Hills, CA. L'utilisation de ce document a été approuvée par l'auteur.

problème de l'abus sexuel à l'egard des enfants, ont incité la société à prendre rapidement conscience de l'ampleur du phénomène.

Plus récemment, les mauvais traitements et la négligence à l'endroit des adultes âgés, frêles ou vulnérables sont devenus un problème social pressant, les méthodes de repérage des cas et les stratégies d'intervention commençant tout juste à être élaborées.

Points communs

Les études mettent en évidence certains points communs entre ces diverses formes de victimisation et expliquent les cycles de violence mettant aux prises la victime et son agresseur, les rôles s'inversant parfois dans différentes situations ou à différentes périodes du cycle de la vie familiale. Les professionnels de la santé doivent connaître ces constantes afin de déceler les différents types de mauvais traitements au sein d'une même famille, d'empêcher les anciennes victimes de maltraiter à leur tour d'autres personnes et d'éviter que ceux qui ont été maltraités enfants continuent de l'être par la suite.

Les agresseurs

Au départ, on croyait que les agresseurs présentaient diverses caractéristiques ou comportements types, mais les perceptions ont changé. On sait maintenant que les agresseurs peuvent venir de n'importe quel milieu; ils peuvent être des parents, des voisins, et des amis.

Un dénominateur commun à l'origine de la violence familiale semble être l'abus de pouvoir fondé sur le rapport de force entre l'agresseur et la victime. Cet abus de pouvoir peut refléter des différences sur les plans physique, affectif, social et économique et sur les plans du sexe ou de l'âge. Dans les cas d'abus sexuel à l'égard d'un enfant, la situation la plus courante, par exemple, est celle d'un homme plus âgé qui abuse d'une jeune fille, exploitant ainsi deux instruments de pouvoir - le sexe et l'âge.

Les individus violents semblent infliger des mauvais traitements pour compenser l'impuissance qu'ils ressentent. Nombre d'entre eux ont souvent été eux-mêmes victimes de mauvais traitements ou de violence ou témoins de telles scènes et ils perpétuent le cycle de la terreur. En tentant d'affirmer leur puissance fragile et incertaine, les agresseurs rejettent habituellement la responsabilité de leurs actes sur leurs victimes.

Les victimes

Il faut bien comprendre que n'importe qui peut être une victime; les expériences de violence ont toutefois certains effets communs qui servent souvent à alimenter le cycle de la victimisation. Par exemple, les agresseurs réussissent souvent à convaincre ou à persuader leurs victimes qu'elles sont responsables de ce qui leur arrive. Ce sentiment dévalorisant sur le plan affectif qu'éprouve la victime est souvent plus marqué lorsque celle-ci se considère comme étant impliquée dans une relation d'amour et de dépendance avec l'agresseur.

Souvent, la victime se voit fréquemment blâmée par d'autres membres de la famille ou par la société en général. Si les victimes essaient d'obtenir de l'aide, elles ne peuvent pas toujours compter sur l'appui de la famille et de la société, et l'accueil qu'on leur réserve donne à penser qu'elles seraient d'une certaine façon responsables de ce qui leur arrive. Les victimes sont donc rapidement réduites à essayer de modifier leur comportement et leurs attitudes. Continuant d'être maltraitées, elles éprouvent un sentiment croissant de honte et d'humiliation face à leur incapacité d'interrompre le cycle de la violence.

Pour ces raisons, il est très rare que les victimes dévoilent leur situation. Elles cachent en général leur secret encore plus farouchement et s'isolent progressivement. Ce silence et ce déni persistent même après qu'elles se soient présentées ou aient été amenées au service des soins d'urgence d'un hôpital ou à un service de santé pour traitement médical.

Les victimes disent entretenir un sentiment constant de dépression et de mésestime d'elles-mêmes et se sentir incapables de faire confiance aux autres et d'établir d'autres relations intimes. Certaines victimes peuvent s'en sortir relativement bien tout en gardant de leur expérience des cicatrices et des séquelles pour toute la vie. D'autres qui tentent vainement de rompre le cycle infernal de la victimisation choisissent le suicide, sombrent dans l'alcoolisme et la toxicomanie.

Les recherches et les observations faites par des travailleurs de première ligne révèlent que certaines personnes victimes d'abus sexuel durant leur enfance sont par la suite battues par leur conjoint ou se tournent vers la prostitution à l'adolescence. Certains garçons qui ont été abusés sexuellement se signalent plus tard aux autorités par des actes de délinquance. D'autres études peuvent également révéler des liens entre le mauvais traitement de personnes âgées et la victimisation plus tôt dans leur vie.

Le contexte familial

Certaines situations familiales semblent favoriser l'émergence de plusieurs types de mauvais traitements. Bien que les résultats des recherches ne soient pas concluants, les professionnels de la santé doivent savoir qu'une personne qui est allée jusqu'à battre un conjoint devant ses enfants peut représenter un danger pour ces derniers, sans parler des traumatismes que peut déjà engendrer le fait d'être témoin de la violence familiale.

Certaines femmes battues craignent d'exposer leur situation de victimes de peur que leurs enfants, qui sont également maltraités, leur soient enlevés. Des parents âgés maltraités ont quelquefois été violents envers leurs enfants ou peuvent avoir créé un cadre familial propice à la violence.

La violence familiale se retrouve dans tous les groupes économiques, culturels et sociaux, bien que certaines publications aient fait état de facteurs qui peuvent aggraver le problème, notamment le chômage, la pauvreté et l'abus d'alcool. Les familles qui, pour diverses raisons, deviennent isolées au sein de leur groupe social sont susceptibles de vivre des périodes prolongées de violence.

Une famille très perturbée et violente peut présenter une image très unie et positive au monde extérieur et réussir à masquer la violence qui caractérise la dynamique familiale.

Objectifs concertés de prévention et de réadaptation

Comme la tendance est d'intensifier les stratégies de prévention et d'améliorer les programmes de traitement et de réadaptation pour répondre à ces problèmes, les professionnels de la santé seront amenés à jouer un rôle central dans le cadre d'une approche interdisciplinaire. La recherche médicale, qui a, dans le passé, presque toujours été axée sur les mauvais traitements physiques infligés aux enfants, intégrera les conclusions des sociologues, des criminologues et des psychologues de façon à mieux comprendre le rôle des professionnels de la santé en matière de dépistage et de prévention précoces, de traitement et de réadaptation. D'importantes raisons humanitaires nous incitent à raffiner nos théories et nos méthodes tout en continuant de promouvoir une approche interdisciplinaire face aux problèmes de mauvais traitements, de voies de fait, de négligence et de violence familiale et tout en demeurant bien conscients des éléments communs à chacun de ces problèmes.

3. APPROCHE INTERDISCIPLINAIRE

Dans le cadre des programmes de dépistage et d'intervention visant les cas de mauvais traitements, il faut que les professionnels de diverses disciplines travaillent en étroite collaboration au sein d'une équipe et tentent de répondre convenablement aux besoins complexes des victimes et des agresseurs. Ils doivent tenir compte de facteurs aussi divers que les soins médicaux, la sécurité, le logement, l'aide financière et, par-dessus tout, l'assistance immédiate sur le plan personnel et social dès que le type de violence subie par la victime est connu. Pour répondre à ces problèmes variés, il importe que le personnel se sente à l'aise de travailler dans le cadre d'une approche interdisciplinaire.

De même, dans la plupart des cas de mauvais traitments, le personnel sera appelé à collaborer avec un vaste éventail de ressources et de services communautaires. Il convient d'exploiter au maximum ces ressources et d'éviter le dédoublement des services ou des programmes.

Deux aspects très importants de la programmation doivent donc être pris en considération :

- le travail dans le cadre d'une équipe interdisciplinaire, et
- la collaboration avec la collectivité.

Ces deux composantes essentielles de la planification de programmes sont abordées plus en détail dans la CONCLUSION, page 97, de même que le fonctionnement des comités de coordination pour la planification et la mise en oeuvre de programmes dans ces domaines.

4. FORMATION ET ÉDUCATION

La plupart des professionnels de la santé ont des connaissances générales sur la violence familiale, qu'ils ont glanées dans les médias ou qu'ils ont acquises par des contacts personnels avec les victimes ou les agresseurs dans leur milieu familial ou social. Toutefois, les impressions conservées et les expériences vécues suffisent rarement à les préparer aux lourdes tâches que constituent le dépistage et l'intervention. Il arrive souvent que leurs craintes ou leurs comportements les empêchent de bien accomplir leur travail. Une formation

en cours d'emploi est donc indispensable pour aider les intervenants à acquérir les compétences et les aptitudes nécessaires.

Les études dans le domaine de la violence familiale font des progrès très rapides. On trouve maintenant de la documentation et des aides de formation de toutes sortes. Le présent document ne contient pas uniquement les lignes directrices habituelles, on y trouve également des données permettant de soutenir les initiatives de formation dans cette période d'évolution de ce secteur d'activités. D'autres publications sont également diffusées par les gouvernements, les associations bénévoles et les organismes professionnels locaux et provinciaux, et, au niveau fédéral, on peut obtenir des renseignements sur les ressources au Centre national d'information sur la violence dans la famille relevant du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Le personnel des programmes ainsi que les responsables de la formation doivent acquérir l'expérience pratique pour pouvoir mettre sur pied des programmes éducatifs ou des services efficaces. Les échanges entre établissements, la participation à des ateliers et à des programmes de formation, la collaboration à l'échelle régionale et le partage de ressources entre organismes communautaires et organismes de services sont d'excellents moyens de le faire.

5. UTILISATION DU GUIDE

Il ne sera pas possible d'atteindre immédiatement tous les objectifs décrits dans ce guide. La tâche peut sembler énorme, en particulier si elle est nouvelle pour plusieurs membres du personnel. Le présent guide se veut toutefois un point de départ pour l'élaboration de programmes.

Chaque établissement a des ressources et des besoins particuliers. Il faut bien comprendre au départ que l'élaboration d'un programme complet se fera progressivement et, en raison du type de questions abordées, requerra une planification continue.

MAUVAIS TRAITEMENTS INFLIGÉS À DES ENFANTS, Y COMPRIS L'ABUS SEXUEL ET L'AGRESSION SEXUELLE[4]

1. INTRODUCTION

1.1 Intérêt du guide

Ces lignes directrices aideront les établissements à se conformer aux dispositions législatives et autres exigences et à répondre aux besoins des enfants dans la collectivité qui sont ou peuvent être victimes de mauvais traitements, ainsi qu'aux besoins de leurs agresseurs. Elles visent à faciliter l'élaboration d'un protocole personnalisé pour le dépistage et la prise en charge des enfants maltraités.

1.2 Définitions

Mauvais traitements infligés à des enfants

La législation de chaque province définit en général de façon similaire les mauvais traitements infligés à des enfants; il est toutefois extrêmement important que les politiques et les règles ainsi que les protocoles de chaque établissement soient élaborés en consultation avec les autorités provinciales ou locales en matière de protection de l'enfance et d'application des lois. Une approche interdisciplinaire devrait être adoptée, les ressources régionales et communautaires prises en considération lors de la planification et, les groupes d'aide aux victimes et de défense des intérêts des victimes devraient être impliqués dans le processus.

On entend par mauvais traitements infligés à des enfants tout traumatisme ou préjudice non accidentel causé à un enfant par une personne qui en a la charge ou résultant de l'absence volontaire de soins, de surveillance et de protection adéquats.

4 Voir également - CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES, page 91.

Ce concept englobe les mauvais traitements physiques, l'abus sexuel et la violence psychologique de même que la négligence et le risque élevé d'être victime d'un de ces comportements. Pour ce qui est des exigences relatives au signalement des cas, le risque de mauvais traitements ou de négligence peut se définir comme la situation d'un enfant ayant besoin de protection.

Violence physique

La violence ou les mauvais traitements physiques englobent toute forme de traumatisme ou de lésion non accidentelle infligée à un enfant par une personne qui en a la charge, notamment coups, brûlures ou blessures. Qu'il y ait ou non lésions internes, le fait de frapper un enfant avec le poing ou avec un instrument, de lui donner des coups de pied, de le projeter contre un plan dur ou de le secouer rudement est considéré en toutes circonstances comme un acte de violence physique. Les châtiments corporels qui entraînent des traumatismes nécessitant une intervention médicale dépassent les limites de la discipline normale. Ces lésions ou traumatismes peuvent être infligés soit dans un établissement soit à la maison.

Abus sexuel

L'abus sexuel implique des relations sexuelles entre un enfant, avec ou sans son consentement, et un adulte (ou un adolescent beaucoup plus âgé) à l'intérieur de la famille (intrafamilial) ou à l'extérieur de la famille (extrafamilial), relations qui visent à fournir une gratification à l'adulte ou à l'adolescent plus âgé et qui peuvent être hétérosexuelles ou homosexuelles. L'abus sexuel comprend les attouchements, les baisers, les contacts avec les seins, les fesses, les organes génitaux ou l'anus ou l'utilisation d'objets à des fins de pénétration sexuelle, de caresses ou de stimulation. Il englobe également l'exploitation de l'enfant à des fins pornographiques et l'incitation d'un enfant à avoir des relations de prostitution avec d'autres personnes. Cette définition inclut également la sollicitation, l'exhibitionnisme et la présentation de matériel érotique à des fins de stimulation.

Violence psychologique

La violence psychologique ou la cruauté mentale est probablement le type de mauvais traitements le plus difficile à définir et à repérer. Elle entraîne des traumatismes psychologiques plutôt que physiques. Elle comprend le rejet déclaré de façon continue et la critique constante de l'enfant, de même que la dépréciation fréquente

ou le fait de renier publiquement son enfant. Les enfants victimes de cruauté mentale font parfois face à des exigences excessives. Ces enfants vivent souvent sous la menace et sont rongés par la peur. On peut leur répéter constamment qu'ils sont méchants, bons à rien ou qu'on les déteste. On en fait ce qu'on appelle communément des «boucs émissaires». Dans la plupart des cas d'enfants maltraités, il y a une part de violence psychologique qui coexiste avec la violence physique.

Négligence

La négligence désigne le fait pour le(s) parent(s) ou la personne qui prend soin d'un enfant de ne pas subvenir aux besoins de base de ce dernier, tels que le gîte, les vêtements et la nourriture. Elle comprend également l'absence d'une surveillance parentale adéquate dans le but de prévenir les blessures ainsi que l'abandon et le fait de ne pas fournir l'assistance médicale requise ou le refus de le faire. On retrouve également les troubles qui entrent dans la catégorie «stagnation de la croissance», l'enfant pouvant souffrir de malnutrition pour une multitude de raisons. On peut établir que l'enfant présente des troubles organiques ou non organiques, ou encore la cause de la stagnation peut demeurer indéterminée. Ainsi, pour prouver de façon concluante que la stagnation de la croissance résulte de la négligence, il faut qu'une évaluation minutieuse soit effectuée, de préférence par un médecin expérimenté.

Risque élevé

Les enfants qui ont déjà été victimes de violence physique ou psychologique, d'abus sexuel ou de négligence ou bien dont le frère ou la soeur sont ou ont été maltraités de la sorte, sont fortement exposés à subir de mauvais traitements. Des enfants peuvent par ailleurs être considérés à haut risque en raison de la personnalité de leurs parents ou de celles des personnes qui ont soin d'eux.

Relation avec l'agresseur

Les mauvais traitements peuvent être infligés par les tuteurs, les membres de la famille de l'enfant, les personnes ayant des rapports de confiance avec l'enfant, de même que par des connaissances et des étrangers. Bon nombre des agresseurs ont eux-mêmes été maltraités dans leur enfance.

2. RÔLE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ AUPRÈS DES VICTIMES ET DES AGRESSEURS

Les établissements de santé et leur personnel jouent un rôle important en ce qui concerne la prévention et le traitement des cas d'enfants maltraités.

Chaque établissement de santé devrait adopter un énoncé de principes préparé en consultation avec les autorités chargées de la protection de l'enfance. On devrait reconnaître dans cet énoncé les responsabilités que les services de santé et les services de protection de l'enfance partagent à cet égard, viser «le meilleur intérêt de l'enfant» et choisir «le mode d'intervention le moins contraignant ou perturbant» pour la protection de l'enfant. L'énoncé devrait inclure les éléments suivants :

- le dépistage précoce, la tenue de dossiers précis et la présentation de rapports clairs sont essentiels si l'on veut empêcher que l'enfant ne soit gravement maltraité;
- une réaction prompte et efficace est importante pour la protection immédiate de tous les enfants soupçonnés d'être maltraités, que cette réaction prenne la forme d'une consultation précoce entreprise par l'établissement de santé auprès des autorités chargées de la protection de l'enfance maltraitée ou d'autres interventions immédiates conformes aux politiques et règles établies dans les situations d'extrême urgence;
- la prestation de services de traitement, de réadaptation ou d'action sociale qui visent à aider la famille à continuer d'assumer ses responsabilités en créant un environnement sain et sûr pour l'enfant est considérée comme l'un des objectifs essentiels à atteindre; et
- la collaboration et la coopération au sein d'une équipe interdisciplinaire en vue de dépister, d'évaluer, de traiter et de prendre en charge les cas de mauvais traitements chez les enfants et aussi de prévenir toute violence constituent la méthode idéale pour atteindre les objectifs des intervenants.

Chaque établissement de santé devrait examiner les besoins de la collectivité qu'elle dessert afin de déterminer quelle est la meilleure manière de répondre aux besoins des enfants et des familles de cette collectivité. Il convient de porter une attention spéciale à la communication entre l'établissement, les services de protection de l'enfance, de la police et des tribunaux, le réseau scolaire et le réseau

de santé publique, de même que les groupes d'entraide, d'action sociale, d'aide aux victimes ou aux parents et les programmes communautaires. Les établissements devraient examiner leur rôle concernant la sensibilisation de leur propre personnel, des professionnels dans la collectivité et celle du public en général au problème de l'enfance maltraitée, ainsi que leur rôle en matière de recherche et de promotion de ses applications.

Le conseil d'administration devrait prévoir une aide financière pour les programmes élaborés après que l'établissement ait défini son rôle.

3. LIGNES DIRECTRICES

3.1 Locaux

Il faut prévoir assez d'espace pour que le personnel puisse interroger, examiner et traiter les enfants ainsi que leur famille en privé. Cet environnement devrait être confortable et non menaçant. Selon l'envergure du programme, on devrait également aménager un local pour l'observation autorisée d'entrevues pertinentes et l'enregistrement sur vidéo au besoin. Il faut en outre prévoir suffisamment de bureaux pour le personnel.

3.2 Personnel

Comme il est dit dans la partie sur les principes de fonctionnement, il est recommandé d'adapter une approche interdisciplinaire dans les cas de mauvais traitements infligés à un enfant. Dans le cadre d'une telle approche, chaque discipline a un rôle précis et important à jouer et apporte sa propre expertise. Au nombre des responsabilités qui incombent à chaque professionnel figurent l'éducation, la recherche, l'action sociale, la défense des droits et la présentation de modèles positifs. Les personnes doivent être conscientes de leur rôle et de ceux des autres intervenants. L'expertise combinée de tous les professionnels est essentielle si l'on veut effectuer une évaluation et un traitement adéquats des enfants maltraités.

Rôles du personnel

Parmi les membres du personnel qui partagent les responsabilités des programmes destinés aux enfants maltraités, on retrouve le directeur général, les médecins, les infirmières, les travailleurs

sociaux, le coordinateur du programme ou du comité, le responsable de la formation du personnel et le psychologue.

On trouvera à l'ANNEXE III - RÉPARTITION DES RÔLES, page 104, une liste des tâches possibles à accomplir par les membres du personnel dans le cadre du programme.

Cette liste n'est fournie qu'à titre indicatif et devrait être adaptée à la situation particulière de chaque établissement.

Fonctions du comité

Le fait d'avoir un comité interdisciplinaire d'aide à l'enfance maltraitée peut permettre d'envisager de façon plus globale le traitement général des cas d'enfants maltraités et de recevoir de la part d'autres professionnels le soutien affectif nécessaire lorsqu'on s'occupe de cas complexes de violence.

Chaque nouveau comité mis sur pied devra s'entendre sur les objectifs à atteindre et sur son mandat. En règle générale, les comités qui mettent l'accent sur le dépistage et la prise en charge des cas d'enfants maltraités se fixent les objectifs suivants :

- le dépistage et l'orientation des cas présumés d'enfants maltraités
- l'évaluation des cas ou l'orientation au service de consultation
- l'élaboration de plans de traitement ou la prestation de soins et la prise en charge des cas, et
- la révision des cas d'enfants maltraités qui sont suivis de façon continue.

Certains comités mis sur pied dans des établissements dispensent les quatre types de services énumérés ci-dessus. De plus, certains comités fournissent des services d'éducation ou d'évaluation et élaborent notamment les politiques et règles internes concernant les cas d'enfants maltraités et peuvent faire des démarches auprès de la direction et du conseil d'administration en vue d'obtenir des fonds pour des programmes dans ce domaine.

La mission et la fonction de chaque comité dépendent de la façon dont ses besoins particuliers sont définis.

Composition du comité

La composition du comité varie selon sa fonction et sa mission. Voici une liste possible de professionnels qui peuvent faire partie du comité :

MÉDECINS	Pédiatre Omnipraticien Urgentologue Spécialiste en psychiatrie infantile
TRAVAILLEUR SOCIAL	attaché à l'hôpital, à un service de protection de l'enfance ou attaché à une clinique de santé mentale
INFIRMIÈRES	des services de pédiatrie, des salles de soins d'urgence/soins ambulatoires et du programme de santé communautaire
AUTRES	Représentant du réseau scolaire Policiers ou procureurs de la Couronne Conseillers juridiques Représentants des garderies Représentant de la direction de l'hôpital Psychologues et autres Professionnels de la santé mentale

3.3 Planification et orientation - politiques, règles, protocoles

Chaque établissement de santé devrait élaborer ses propres politiques, règles et protocoles décrivant en détail les modalités de prise en charge des cas d'enfants maltraités. Les points suivants devraient être abordés.

But

Le but de la prise en charge des cas d'enfants maltraités, incluant le dépistage précoce, l'intervention, la protection et le traitement devrait être clairement énoncé.

Dépistage

Le dépistage et l'orientation immédiate vers un service de protection de l'enfance permettent une intervention précoce et

pourraient prévenir une aggravation de la situation ou même la mort d'un enfant. Il est donc recommandé d'élaborer et de mettre en place à l'avance, à l'intérieur de chaque établissement, un mécanisme clairement défini pour le dépistage initial, l'évaluation et la déclaration des cas présumés de mauvais traitements infligés à des enfants, afin d'éviter les retards inutiles et d'assurer que tous les cas présumés soient signalés au service de protection de l'enfance.

Vu que des cas peuvent être dépistés dans n'importe quel service, il devrait y avoir un mécanisme pour permettre un suivi peu importe le service à l'origine du dépistage.

Déclaration des cas

Il doit être dit clairement dans la politique de l'établissement que tout le personnel soignant a l'obligation de signaler les cas et que les lois obligeant à déclarer les cas d'enfants maltraités ont préséance sur les exigences en matière de confidentialité. On doit se reporter aux lois provinciales pertinentes :

- qui donnent une définition des différents types de mauvais traitements infligés à des enfants et des situations à risque,
- qui énoncent quels renseignements doivent être déclarés, et
- qui indiquent le moment où le cas doit être signalé.

La politique doit de plus définir de façon claire :

- le mécanisme de déclaration,
- la personne désignée pour la déclaration des cas, et
- l'organisme mandaté à être avisé y compris une liste à jour des noms et des numéros de téléphones.

Comité d'aide à l'enfance maltraitée

S'il existe un comité dans l'établissement, les règles et protocoles à suivre doivent être clairs, notamment en ce qui concerne :

- le but du comité,
- son mandat, c'est-à-dire les paramètres de la responsabilité,
- sa composition,
- le rôle de chacun de ses membres,
- la date et le lieu des réunions,

- le processus d'orientation des cas y compris les procédures à suivre en cas d'urgence,
- le mécanisme d'évaluation et de prise de décisions,
- le processus de déclaration des cas,
- la tenue de dossiers, et
- la relation avec les organismes de protection de l'enfance, la police, les religieux, le médecin de famille et les autres autorités compétentes.

Consentement

La façon de procéder pour obtenir le consentement légal pour des soins médicaux, y compris les situations dans lesquelles les parents refusent de donner leur consentement, devrait être clairement définie. Il importe de déterminer qui est le tuteur légal de l'enfant et la relation de cette personne avec l'enfant.

Dossiers

Il devrait être mentionné expressément que les données doivent être claires, concises, exactes et complètes vu que les dossiers médicaux des enfants victimes de mauvais traitements sont susceptibles d'être utilisés comme preuves en cour. Il est très important de relever les éléments de preuve en ce qui concerne les échantillons de laboratoire. Il faut consigner avec soin dans le dossier médical la procédure suivie dans chaque cas particulier afin de protéger la validité de la preuve.

Formulaires

Les instructions concernant l'utilisation des formulaires pertinents devraient être claires et adéquates.

Confidentialité

On devrait définir clairement quels renseignements confidentiels touchant les mauvais traitements infligés à un enfant peuvent être communiqués aux parents ou à d'autres autorités compétentes, conformément aux lois et règlements provinciaux.

Ressources

Les ressources pertinentes devraient être clairement énumérées et accompagnées des coordonnées à jour des personnes ressources (noms et numéros de téléphone). On devrait de plus bien déterminer les conseillers et les maisons d'hébergement avec qui on peut entrer en contact en cas d'urgence.

Se reporter également à la page 101, ANNEXE I - LISTE DE CONTRÔLE DES POLITIQUES ET DES RÈGLES à titre de guide pour l'élaboration de politiques et de règles relatives à un programme.

3.4 Évaluation

Un programme d'évaluation doit être en place de manière à assurer une orientation prompte, efficace et humaine des cas d'enfants maltraités. L'évaluation devrait porter également sur les problèmes que peuvent éprouver les membres du personnel en rapport avec ces fonctions stressantes.

Il importe qu'une révision des cas d'enfants maltraités soit faite régulièrement par une équipe interdisciplinaire afin d'assurer une coordination des soins. Cette révision devrait être effectuée conformément au programme d'assurance de la qualité de l'établissement de santé. Il faut assurer le suivi de la famille et de l'organisme de protection de l'enfance afin de veiller à ce qu'un soutien adéquat soit fourni à l'enfant et à la famille. Ce suivi peut être fait au sein de l'établissement de santé ou assuré par une orientation vers un service communautaire compétent.

L'évaluation devrait permettre de déterminer les domaines où un programme de formation continue doit être élaboré et maintenu afin d'assurer le fonctionnement efficace du programme.

Il faut évaluer les relations entre les divers organismes afin de s'assurer que ces relations existent bel et bien ou qu'elles sont développées au maximum.

Se reporter également à la page 102, ANNEXE II - LISTE DE CONTRÔLE POUR LA VÉRIFICATION DES SOINS à titre de guide pour la planification du processus d'évaluation et d'assurance de la qualité.

3.5 Prévention

Un établissement de santé peut jouer le rôle de chef de file et d'organisme ressource au sein de la collectivité dans le domaine de l'enfance maltraitée en établissant des normes pour les soins aux enfants victimes de mauvais traitements.

Il peut notamment :

- prêter du personnel ou des locaux pour les cours d'éducation des parents ou les réunions des groupes d'entraide;
- encourager ou mettre sur pied des programmes visant à fournir aux parents un soutien et des services de relève;
- établir des liens avec les initiatives communautaires qui visent à améliorer la compétence des parents, la sécurité des enfants et autres questions connexes;
- aider les médecins de famille à trouver des ressources pour leurs patients.

Un établissement peut fournir des services d'éducation au grand public de même que des services d'action communautaire à des familles particulières. Dans les cas à risque élevé, une intervention et un soutien sont nécessaires.

La défense des intérêts des patients à l'intérieur de l'établissement garantira le respect par ce dernier des principes visant le meilleur intérêt et la plus grande sécurité de l'enfant.

3.6 Soins, traitement et prise en charge continue

On devrait aborder dans le protocole les soins, le traitement et les services continus de réadaptation requis dans les cas présumés d'enfants maltraités. (voir exemple, p. 27) Il importe de souligner qu'à chacune des étapes, c'est au bien-être de l'enfant qu'on doit accorder la préséance.

En d'autres termes :

- la protection de l'enfant est le point le plus important à considérer.
- on doit traiter l'enfant et la famille avec tact et faire preuve de patience tout en étant expéditif;
- le traitement médical de l'enfant a priorité sur la collecte de spécimens à des fins médico-légales et

Il devrait y avoir un mécanisme prévoyant un personnel de relève, le cas échéant, dans les services d'urgence afin de pouvoir disposer du temps nécessaire pour procéder à un examen et prodiguer les meilleurs soins aux victimes de mauvais traitements et à leur famille.

Le protocole devrait contenir des renseignements détaillés sur tous les aspects de l'examen, y compris l'interrogatoire, l'examen physique, la collecte de données, le traitement, la déclaration des cas, la consultation, l'orientation et le suivi.

Au cours de l'interrogatoire, on devrait chercher principalement à recueillir des détails précis concernant les allégations de la victime ou l'incident qui a motivé la consultation ainsi que les symptômes médicaux concomitants. Les parents et l'enfant devraient être interrogés séparément dans la mesure du possible. Les déclarations, particulièrement celles de l'enfant, devraient être consignées textuellement. Il importe d'éviter de rencontrer l'enfant à plusieurs reprises. On devrait aussi éviter toute question suggestive.

Du fait que les résultats de l'examen physique et de l'interrogatoire de l'enfant et d'autres personnes concernées seront utilisés comme preuves en cour, il est important que les méthodes et protocoles dont on se sert soient bien établis à l'avance. On devrait consulter à cette fin l'enfant et les autorités de police judiciaire et celles chargés de la protection de l'enfance de sorte que l'on puisse prévoir toute question concernant l'intégrité des éléments de preuve ou les modalités de l'interrogatoire. En particulier dans les cas d'abus sexuels à l'égard d'un enfant, les pratiques et les attentes des autorités policières et de l'appareil judiciaire peuvent varier. On devrait effectuer une consultation à l'étape de la planification et prendre en considération ces exigences et les intégrer dans les politiques et règles. Dans certaines juridictions, les agents de police préfèrent participer à la préparation de l'entrevue lorsque les délais le permettent, par exemple, lorsqu'une rencontre est prévue avec un enfant après la divulgation de l'abus sexuel dont il a été la victime. Certains établissements enregistrent les entrevues sur vidéo ou invitent un policier à assister à l'entrevue derrière un miroir sans tain afin de confirmer la validité de l'entrevue.

L'examen physique ne doit JAMAIS être effectué si l'enfant s'y oppose et l'on ne doit en AUCUN CAS utiliser des moyens de contention. S'il existe des indications médicales pour un tel examen, p. ex., dans le cas d'un saignement vaginal, et si l'on ne peut obtenir la coopération de l'enfant, l'examen devrait être effectué sous anesthésie. Dans la plupart des cas, on réussit à obtenir la coopération de

l'enfant en lui expliquant calmement ce qu'on propose de faire et en se montrant gentil avec lui. L'examen devrait être général et complet et comprendre une évaluation de la croissance et du développement de l'enfant, de même qu'un examen des organes génitaux et du fond de l'oeil. Toutes les lésions externes devraient être consignées de façon exacte et précise, de préférence à l'aide d'un schéma de la surface cutanée. (Voir pages 40-41)

On devrait obtenir les données de laboratoire qui se rapportent au cas, notamment les spécimens requis pour le traitement de l'enfant (p. ex. les prélèvements pour les tests de dépistage des maladies vénériennes) et les preuves médico-légales. Dans certaines provinces, il existe des trousses spécialement conçues pour recueillir ces preuves; celles-ci devraient être utilisées conformément aux instructions. Il n'est pas nécessaire généralement d'utiliser ces trousses sauf dans les cas d'agression sexuelle grave où il y a eu dépôt de sperme. Certains éléments de la trousse peuvent devoir être modifiés ou omis dans le cas d'un enfant.

Il suffit d'avoir des motifs raisonnables de croire qu'un enfant est victime de mauvais traitements ou qu'il risque de l'être ou encore qu'un enfant a besoin de protection pour signaler le cas aux autorités compétentes.

Un suivi médical et psychosocial approprié devrait être organisé en collaboration avec le médecin de famille, les organismes de protection de l'enfance et les services de santé mentale, suivant le cas. Les intervenants doivent prévoir ou organiser des services pertinents de counseling et de réadaptation continue pour la victime, l'agresseur et les autres membres de la famille qui pourraient avoir été traumatisés par des mauvais traitements.

Le lecteur pourra consulter aux pages 27 à 42 des exemples de lignes directrices ou de protocoles et de formulaires tirés d'un manuel publié par l'Ontario Hospital Association et intitulé *Child Abuse: A Protection Manual for Hospitals of Ontario*. Nous avons obtenu la permission de reproduire ces extraits à titre d'exemples de types de protocoles et de formulaires requis pour mettre en oeuvre les programmes destinés aux enfants maltraités. Ces protocoles ou formulaires particuliers ne peuvent évidemment pas être appliqués directement à l'extérieur de l'Ontario. D'autres provinces ont élaboré ou sont en train d'élaborer des lignes directrices ou des normes provinciales.

3.7 Formation

On devrait offrir une formation au niveau universitaire et post-universitaire aux étudiants inscrits dans les programmes de soins de santé et les disciplines connexes.

Les cours de formation permanente dispensés aux employés permettent d'attirer l'attention sur les problèmes et sur les indices relatifs aux mauvais traitements infligés à des enfants. Les lignes directrices relatives au soin et au traitement d'enfants maltraités devraient être accessibles à tout le personnel de l'établissement. On devrait offrir aux employés la chance de perfectionner leurs connaissances dans ce domaine en assistant à des séminaires, à des ateliers de formation, à des conférences, etc..

3.8 Recherche

Il importe de soutenir et d'encourager la recherche portant sur les divers aspects de l'enfance maltraitée, ainsi que l'application de résultats de recherche pertinents.

3.9 Lignes directrices additionnelles relatives à l'abus sexuel d'enfants

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a également diffusé deux publications abordant les besoins des travailleurs communautaires et les aspects cliniques et techniques de l'examen médical d'enfant soupçonnés d'être victimes d'abus sexuel.

EXEMPLES DE PROTOCOLES/FORMULAIRES[5]

7. PROTOCOLE DE DÉPISTAGE ET DE PRISE EN CHARGE DES CAS D'ENFANTS MALTRAITÉS

Cette partie du guide a pour but de décrire les tâches qui doivent être exécutées chaque fois que l'on soupçonne qu'un enfant est victime de mauvais traitements. Les renseignements obtenus visent à aider le personnel de l'hôpital à dépister et à prendre en charge les cas présumés d'enfants maltraités. Comme dans le cas de l'information donnée à la section 6 sur les types de mauvais traitements infligés à des enfants, les renseignements contenus dans cette partie visent à aider le personnel de l'hôpital à déterminer s'il y a des raisons de soupçonner qu'un enfant est maltraité, non de le prouver. C'est aux services de protection de l'enfance de votre région qu'il incombe d'effectuer une évaluation ou une enquête ultérieure.

Il n'est pas nécessaire de distinguer les différents types de mauvais traitements infligés à des enfants pour l'interrogatoire, le traitement médical et le suivi. Les lecteurs trouveront à la section 6 une définition des termes et une description des indicateurs physiques, comportementaux et sociaux.

7.1 Interrogatoire

Pour les cinq types de mauvais traitements, il peut être utile durant l'interrogatoire de se rappeler qu'il existe trois sources d'orientation possible :

1) la famille peut amener un enfant à l'hôpital pour un examen ou un traitement;

2) des médecins ou d'autres professionnels peuvent demander le service;

3) d'autres autorités telles que les services de protection de l'enfance peuvent amener un enfant à l'hôpital pour un examen et peuvent exiger des renseignements documentés sur l'enfant.

L'interrogatoire est une partie extrêmement importante de l'examen des cas présumés d'enfants maltraités, vu qu'on peut rarement se fonder uniquement sur les résultats médicaux pour décider s'il y a des «motifs raisonnables de soupçonner» qu'un enfant est maltraité.

5 Ontario Hospital Association, *Child Abuse: A Child Protection Manual for Hospitals of Ontario*, Toronto, 1987, p. 35-39 et 49-57. Noter que les renvois dans ces échantillons s'appliquent à certaines sections du document de l'Ontario Hospital Association.

Les modalités de l'interrogatoire varieront selon la situation, conformément aux principes et à la philosophie décrite à la page 11.

Si vous êtes la première personne à entrer en contact avec les membres de la famille, vous aurez besoin de suffisamment d'information recueillie lors de l'interrogatoire pour déterminer s'il y a des raisons suffisantes de faire part de vos soupçons. Si, par contre, le travailleur des services de protection de l'enfance a déjà recueilli des renseignements détaillés, il se peut que vous n'ayez qu'à éclaircir certains points.

Les lignes directrices qui suivent concernant l'interrogatoire du parent et de l'enfant peuvent être utilisées pour tous les types de mauvais traitements soupçonnés, mais il faudra les adapter aux circonstances et à la situation particulières. Les rôles des professionnels sont décrits dans le guide, mais ils doivent également être adaptés au milieu de travail et à la fonction particulière des intervenants.

7.1.1 Interrogatoire du parent (par le TRAVAILLEUR SOCIAL, le MÉDECIN ou l'INFIRMIÈRE)

Incident

- description mot pour mot de la façon dont s'est produit l'incident ou le traumatisme, notamment le moment, l'endroit, la situation, les personnes en cause et la date
- façon dont le(s) parent(s) et l'enfant ont réagi à l'incident ou au traumatisme
- menace de violence ou violence utilisée

Détails sur la famille

- réaction et attitude des membres de la famille face à l'incident ou au traumatisme
- enfants actuellement à la maison (âge, sexe, nombre)
- état matrimonial, adultes à la maison, autres personnes qui prennent soin de l'enfant (relation avec l'enfant)
- abus d'alcool ou de drogue ou tout autre facteur pertinent de stress à la maison
- interventions antérieures des services de protection de l'enfance auprès de la famille

- santé mentale et équilibre affectif du(des) parent(s) ou de la personne qui prend soin de l'enfant

Renseignements médicaux

- hospitalisation antérieure de l'enfant
- antécédents de maladies et de traumatismes de l'enfant
- état de santé actuel de l'enfant (y compris les symptômes pertinents)
- immunisation

7.1.2 Interrogatoire de l'enfant (effectué par le TRAVAILLEUR SOCIAL, le MÉDECIN ou l'INFIRMIÈRE)

Si l'enfant est assez âgé pour être séparé de ses parents (environ 4 ans), voir l'enfant séparément pour l'entrevue.

- Se présenter et décrire son rôle.
- Établir de bonnes relations avec l'enfant avant de discuter des mauvais traitements ou des traumatismes subis.
- Demander à l'enfant s'il connaît la raison de sa venue à l'hôpital.
- Demander à l'enfant de décrire dans ses mots (et dans son langage) ce qui est arrivé ou sa situation actuelle.
- Rassurer l'enfant en lui disant que l'on croit ce qu'il dit et qu'on l'aidera, mais éviter de lui promettre des choses irréalistes, p. ex. : «tu n'as pas à retourner à la maison».

Il est très important durant l'interrogatoire de fournir à l'enfant un soutien affectif constant.

Si l'enfant est âgé de moins de 4 ans ou ne parle pas, il peut être utile d'employer d'autres moyens de communication, selon le type de mauvais traitements soupçonnés (c.-à-d. des poupées dont l'anatomie est bien visible, du matériel pour dessiner ou des livres), ou il peut être préférable de consulter une personne spécialisée dans les entrevues avec des jeunes enfants.

7.2 Examen physique

7.2.1 Préparation, examen et consentements (responsabilité du MÉDECIN ou de l'INFIRMIÈRE)

- *Expliquer l'examen médical* au(x) parent(s) ou au(x) tuteur(s) légal(ux) et à l'enfant.

- *Obtenir les consentements requis du(des) parent(s). Si l'enfant est âgé de 14 ou 15 ans, il est préférable d'obtenir également le consentement de l'enfant.* En cas de refus, suivre les instructions énumérées à la section 7.5, «OPTIONS II» et «OPTIONS III».

- Certains enfants (en particulier ceux qui ont été victimes d'abus sexuels) peuvent refuser de se dévêtir ou de subir un examen. On peut vaincre leur résistance en les rassurant. Si un enfant refuse toujours et s'il a apparemment besoin d'être évalué et traité de toute urgence (p.ex., à cause de saignements vaginaux), l'examen doit être effectué sous anesthésie générale. Autrement, il convient de reporter l'examen à un moment qui convient davantage à tous les intéressés. On ne devrait jamais retenir l'enfant de force pour l'examiner.

- Certains enfants peuvent souhaiter la présence d'un parent ou d'un autre adulte auquel ils font confiance durant l'examen physique. D'autres, en particulier les adolescents, peuvent préférer être seuls avec l'examinateur.

- Bien qu'il soit *préférable qu'un autre professionnel soit présent dans la salle durant l'examen physique*, l'examinateur peut choisir de se plier aux désirs de l'enfant (comme ci-dessus mentionné).

- *Il est extrêmement important de fournir un soutien affectif à l'enfant tout au long de la préparation et durant l'examen physique.*

7.2.2 Examen (effectué par le MÉDECIN)

Il est essentiel pour recueillir les renseignements requis d'effectuer un examen soigneux et complet. On devrait accorder une attention spéciale aux éléments suivants :

- Mesurer la taille, le poids et le périmètre crânien et inscrire les données sur les tableaux de développement correspondants.

- Noter la taille, la coloration, la forme et la localisation des traumatismes visibles (anciens et nouveaux) sur les schémas prévus pour les lésions cutanées.

- Effectuer une ophtalmoscopie chez les enfants de moins de deux ans (vérifier en particulier s'il n'y a pas d'hémorragie au niveau de la rétine dans le cas de chaque enfant qui présente des traumatismes crâniens).

- Examiner la cavité buccale.

- Inscrire le stade d'évolution des caractères sexuels au cours de la puberté (classification de Tanner - voir Annexe 1).

– Effectuer un examen complet* des organes génitaux et de l'anus mais éviter tout acte inutile qui pourrait être traumatisant. Un examen interne n'est pas indiqué à moins qu'on ne soupçonne un traumatisme interne ou une lésion au niveau du vagin. L'utilisation d'une loupe et d'une lumière ou d'un colposcope est recommandée. Utiliser le schéma de la peau pour les traumatismes d'ordre sexuel (Annexe 3 C).

Décrire l'anatomie des organes génitaux et fournir des données claires sur les résultats positifs et négatifs. Noter en particulier la grandeur de l'ouverture hyménéale, l'aspect de l'hymen, la tonicité du sphincter anal, les signes de traumatisme ou d'irritation, ou la présence de corps étrangers.

– Décrire le comportement observable de l'enfant.

7.3 Collecte de données (effectuée par le MÉDECIN)

– Cultures* pour le dépistage d'une maladie transmise sexuellement (gorge, vagin, col de l'utérus, urètre et rectum); examens sérologiques de base.

– Spécimens requis à des fins médico-légales tels qu'indiqués dans la trousse fournie par la police pour les cas d'agression sexuelle (bien qu'il soit préférable que les spécimens soient recueillis dans les 24 heures suivant l'agression, la trousse peut permettre d'obtenir des renseignements utiles jusqu'à 48 heures après l'agression sexuelle).

– Numération globulaire, études des saignements et autres examens sanguins au besoin.

– Examen des urines.

– Test de grossesse* si indiqué.

– Radiographies - si indiqué d'après l'examen physique (clichés du crâne et des os longs ou scintigraphie à envisager lorsque l'enfant a moins de cinq ans).

– Photographies en couleurs au besoin.

7.4 Traitement (effectué par le MÉDECIN et l'INFIRMIÈRE)

– Traitement des écorchures, des lacérations, des fractures ou des blessures internes, etc., si indiqué.

– Prophylaxie antitétanique au besoin.

– Traitement préventif* pour les maladies transmises sexuellement (devrait être envisagé; au besoin, l'enfant devrait être revu ultérieurement à la clinique pour une sérologie).

---

* Indiqué chez les enfants soupçonnés d'être victimes d'abus sexuels.

- Prophylaxie anticonceptionnelle* (à envisager chez les jeunes filles qui ont déjà été menstruées ou qui sont sur le point de l'être peu importe le moment de survenue de l'abus sexuel à l'intérieur du cycle menstruel).
- *Effort en vue de rassurer la victime en ce qui concerne les résultats de l'examen, soutien affectif et organisation du suivi.*

7.5 Signalement (effectué par le MÉDECIN, l'INFIRMIÈRE ou le TRAVAILLEUR SOCIAL)

On doit décider s'il y a des raisons valables de soupçonner qu'un enfant est victime de mauvais traitements d'après 1) les *résultats des examens médicaux*, 2) les *explications qui ont été données* ou 3) *les autres renseignements obtenus (dossiers médicaux antérieurs, services de protection de l'enfance, police, etc.).*

Si l'on a des raisons valables de soupçonner qu'un enfant est maltraité, il faut tenir compte de deux considérations : 1) la sécurité de l'enfant, et 2) l'obligation de signaler le cas. Les mesures prises dépendront de la façon dont on perçoit les parents, de leur disponibilité et du degré de coopération obtenu. Voici trois options possibles.

OPTIONS

I	II	III
Parents/tuteurs coopératifs	**Parents/tutueurs susceptibles de ne pas coopérer ou absents**	**Parents/tuteurs non coopératifs (Remarque: ordre interverti)**
1. Aviser *sur-le-champ* l'équipe de protection de l'enfance de l'hôpital ou la personne désignée (téléphone: _____).	1. Aviser *sur-le-champ* l'équipe de protection de l'enfance de l'hôpital ou la personne désignée (téléphone: _____).	1. Ne pas empêcher les parents ou le tuteur de retirer l'enfant de l'hôpital s'ils insistent pour le faire même si c'est contre-indiqué, mais aviser immédiatement la SAE de votre secteur (téléphone: _____). Avertir cette dernière que les parents ou les tuteurs sont non coopératifs.

* Indiqué chez les enfants soupçonnés d'être victimes d'abus sexuels.

2. Discuter avec l'enfant et ses parents ou son tuteur légal du fait que la loi oblige les professionnels à signaler à la SAE tout traumatisme ou préjudice corporel éventuel qui ne résulte pas d'un accident (si l'enfant a moins de 16 ans).

3. Aviser la SAE de votre secteur (téléphone: _____). Orienter les cas vers l'assistant social chargé de l'accueil. *Ne pas laisser de messages à la standardiste*. Consulter l'assistant social au sujet des mesures à prendre.

2. Aviser la SAE de votre secteur (téléphone: _____) ou demander à quelqu'un de le faire pendant que vous discutez avec la famille de l'enfant, afin qu'un représentant de ce service puisse se rendre à l'hôpital avant le départ des parents ou des tuteurs. La SAE peut vouloir prendre l'enfant en charge.

3. Discuter avec les parents de la nécessité d'hospitaliser l'enfant. Faire preuve de tact dans la façon de présenter la situation à la famille tout en se rappelant qu'il est important d'obtenir leur consentement pour l'hospitalisation de l'enfant afin qu'une évaluation complète puisse être effectuée. Si leur consentement est obtenu (voir Annexe 2), passer au numéro 4 ci-dessous. Dans le cas contraire, voir la section sur les parents non coopératifs (Option III).

2. Informer immédiatement la police (téléphone: _____) si l'enfant semble courir un danger imminent.

3. Avertir l'équipe de protection de l'enfance de l'hôpital ou la personne désignée.

4. Aviser les parents ou les tuteurs de l'intervention prévue de la SAE.

4. Hospitaliser l'enfant si indiqué.

4. Aviser le directeur général de l'hôpital ou la personne désignée (téléphone: _____).

5. Hospitaliser l'enfant si indiqué, avec le consentement du parent ou du tuteur (ou de l'enfant, le cas échéant - voir Annexe 2).

5. Une fois l'enfant admis, discuter avec l'enfant et le(s) parent(s) ou tuteur(s) légal(ux) du souci que l'on se fait pour l'enfant. Les informer de l'obligation prévue dans la loi de signaler à la SAE toute blessure ou traumatisme non accidentel possible.

5. Suivre la politique de l'hôpital en ce qui concerne les consentements et le traitement médical en cas d'urgence. (Voir Annexe 2).

7.6 Consultation (effectuée par un MÉDECIN)

Les services de consultation peuvent être demandés pour les évaluations suivantes :

- évaluation *des problèmes sociaux* (nécessaire dans tous les cas afin d'évaluer la situation familiale)
- évaluation *psychiatrique* si indiquée
- évaluation *psychologique* si indiquée
- évaluation *pédiatrique* si indiquée
- évaluation *faite par l'infirmière en santé communautaire* si indiquée

7.7 Congé de l'enfant (par le MÉDECIN)

Après avoir consulté le travailleur chargé de la protection de l'enfance :

- *congé de l'enfant sous la responsabilité de telle personne responsable* (identifiée au dossier), *une évaluation plus approfondie devant être effectuée par la SAE;* ou
- *congé de l'enfant sous la responsabilité de telle personne* (identifiée au dossier, *la SAE devant assurer une supervision);* ou
- *congé de l'enfant sous la responsabilité de la SAE.*

7.8 Suivi (effectué par le MÉDECIN, l'INFIRMIÈRE, le TRAVAILLEUR SOCIAL, l'INFIRMIÈRE EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE)

- On devrait prendre des mesures appropriées pour s'assurer que la personne puisse continuer de recevoir des *soins médicaux* et des services de counseling après son congé. Les centres hospitaliers, les médecins dispensant des soins primaires, la SAE ou d'autres organismes communautaires pourraient s'occuper d'aiguiller les cas.
- Dans la mesure du possible, on devrait fixer la date des rendez-vous de contrôle *avant le congé du patient de l'hôpital.*
- On devrait noter le *plan de suivi dans le dossier du patient.*

ANNEXE 2 - MARCHE À SUIVRE DANS CERTAINES CIRCONSTANCES

(a) Consentement

Dans tous les cas, on devrait essayer d'obtenir le consentement d'un parent ou d'un tuteur légal, parce qu'un hôpital ne peut en vertu de la loi autoriser l'examen ou le traitement médical de l'enfant s'il n'a pas obtenu le consentement au préalable. On ne devrait pas administrer un traitement à un enfant si les parents s'y opposent. Il existe cependant certaines EXCEPTIONS.

Examen médical

Si les parents refusent de donner leur consentement ou ne peuvent être rejoints, *le travailleur chargé de la protection de l'enfance a l'autorité, si l'enfant a été pris en charge*, de consentir à ce que l'enfant subisse un examen médical. La partie b) de la présente Annexe porte sur la prise en charge de l'enfant par la SAE.

Traitement médical

Dans les situations urgentes, lorsque le parent ou la personne compétente n'est pas là pour donner son consentement et que le temps requis pour obtenir ce consentement entraînerait des risques graves et immédiats pour la survie, l'intégrité des membres ou des organes vitaux du patient, le médecin a le devoir de prendre les mesures immédiatement nécessaires pour traiter le patient.

Si une jeune personne n'a pas la capacité mentale pour consentir au traitement proposé ou si la loi ne permet pas à une personne de moins de seize ans de consentir à un traitement, et si un parent ou un tuteur refuse que les soins ou les traitements essentiels à la survie ou à la santé de l'enfant soient dispensés et si l'enfant a, par conséquent, besoin de protection, on peut devoir entreprendre une procédure légale pour obtenir le consentement requis.

Le travailleur chargé de la protection de l'enfance *n'a pas* l'autorité pour signer les formulaires de consentement pour une intervention chirurgicale, une anesthésie ou d'autres actes médicaux, *sauf dans le cas où l'enfant est un pupille de l'État*.

Photographies du patient

Des photographies en couleurs des traumatismes subis par l'enfant seront prises par le photographe désigné de l'hôpital *seulement à la demande du médecin traitant*. Le nom de l'enfant et la date de la prise des photos devraient être inscrits sur la photographie, autrement il faudra une déclaration sous serment pour prouver l'identité de l'enfant.

La requête écrite du médecin pour la prise de photographies ainsi que le formulaire de consentement signé par un parent qui a la garde légale de l'enfant, un tuteur légal ou un représentant de la SAE (exemple de formulaire à l'Annexe 3 D) doivent être versés au dossier médical du patient. Le dossier doit également contenir les renseignements appropriés ainsi qu'une description complète des lésions et traumatismes faite par le médecin traitant. Parmi les renseignements nécessaires pour identifier le patient figurent le nom du patient, le numéro d'inscription et la date où la photographie a été prise. Le nom et l'adresse du photographe et de la personne qui a développé les photos devraient également être indiqués dans le dossier médical.

Les photographies (y compris leurs négatifs) demandées par les médecins et prises par un photographe de l'hôpital font partie du dossier médical du patient et doivent demeurer confidentielles.

Les photographies (y compris leurs négatifs) prises par la SAE ou la police demeurent la propriété de ces organisations.

* * * * * *

(d) Formulaire de dépistage des enfants ayant besoin de protection (FDEP) - Exemple d'instructions à suivre

1. Le FDEP (Annexe 3 A) représente une partie de l'évaluation effectuée dans le cadre du dépistage à l'hôpital des enfants maltraités. Il permet au personnel médical de *noter les observations relatives aux comportements ou aux attitudes qui peuvent être des indicateurs de mauvais traitements.*

2. Le FDEP est rempli à l'urgence ou dans d'autres services désignés par le médecin ou d'autres membres du personnel médical. Le formulaire de dépistage ne doit être utilisé qu'à des *fins d'observation.*

3. On remplit un FDEP dans tous les cas *d'accidents à domicile comportant un «risque élevé»*, notamment les *empoisonnements, l'ingestion de corps étrangers, les surdosages, les brûlures et ébouillantages, les chutes et les accidents.* Il est également utilisé dans les cas *d'abus sexuel, de violence psychologique* et lorsque l'enfant manifeste des signes de *négligence.*

4. Le FDEP n'est pas rempli dans les cas où les enfants sont blessés à la suite d'un accident de voiture ou d'un *accident à l'école ou dans la pratique d'un sport.* Toutefois, si l'on pense que ces cas sont liés de quelque façon que ce soit à la *négligence* des parents, *on devrait remplir un formulaire.*

5. L'hôpital devrait mettre en place un *mécanisme pour la révision régulière du FDEP.*

6. Tous les formulaires sont *remplis dans le service des soins d'urgence* de manière à assurer la confidentialité des renseignements fournis et à permettre leur consultation ultérieure. Le personnel affecté aux soins d'urgence peut ainsi déterminer s'il s'agit d'un incident isolé ou non. C'est la raison pour laquelle il est essentiel de remplir un formulaire même dans les cas qui ne semblent pas à première vue préoccupants.

7. *Le fait de remplir le FDEP n'équivaut pas au signalement* d'un cas soupçonné d'enfants maltraités. *Lorsqu'on soupçonne l'existence de mauvais traitements, il faut appeler la SAE* (n° de tél: _____).

8. Le personnel de l'hôpital sera averti si le cas doit faire l'objet d'une conférence.

9. *Les données du FDEP sont utilisées pour la compilation de statistiques exactes* à l'intérieur de l'hôpital sur le nombre de cas de divers types de mauvais traitements infligés à des enfants.

10. Les hôpitaux peuvent vouloir mettre en place un *système de codage spécial* pour aider le personnel à repérer les enfants qui sont souvent admis à l'hôpital.

Formulaire de surveillance des cas à risque élevé

Ce formulaire (Annexe 3 E) devrait être utilisé dans le service d'obstétrique (salles de travail et d'accouchement), dans le service de pédiatrie et dans toute autre salle de l'hôpital où la surveillance d'un patient peut permettre de détecter une situation qui présente un risque élevé pour un enfant.

Certains hôpitaux en Ontario utilisent déjà des formulaires de surveillance afin de déterminer si les enfants seront en sécurité après leur sortie de l'hôpital. Souvent, le personnel hospitalier travaille en étroite relation avec une infirmière en santé communautaire et demande des visites de contrôle à domicile. Dans les cas extrêmes, l'infirmière chef du service d'obstétrique ou de la pouponnière peut essayer de prévenir les mauvais traitements infligés à un enfant en orientant le cas à la SAE avant que le parent et l'enfant ne quittent l'hôpital. Il peut être indiqué de signaler un cas lorsque le parent présente des symptômes bizarres ou psychotiques marqués ou si l'on observe d'autres caractéristiques qui pourraient empêcher le parent de subvenir aux besoins physiques et/ou affectifs de l'enfant, par exemple : un parent alcoolique ou toxicomane, une mère qui éprouve des problèmes affectifs anormaux après l'accouchement, un parent qui témoigne une indifférence anormale à l'égard de l'enfant ou qui le rudoie lors de visites à l'hôpital. Ces incidents devraient sensibiliser le personnel hospitalier au danger possible couru par l'enfant.

ANNEXE 3 A FORMULAIRE DE DÉPISTAGE POUR LA PROTECTION DE L'ENFANT

Remplir ce formulaire pour les enfants de moins de 16 ans. Ne pas indiquer les blessures auto-infligées ou subies dans l'exercice de sports

Date _____ Heure _____

Nom de l'enfant _____

Date de naissance _____ M F

Parent(s) gardien(s) _____

Adresse _____

Téléphone (d) _____ (t) _____

Qui a amené l'enfant? _____

Téléphone _____

Blessure et(ou) problème actuel

_____

_____

_____

_____

_____

L'ENFANT :	Veuillez encercler
1. A-t-il été victime d'un accident à la maison? a) chute b) brûlure c) ingestion d) autre (Précisez s.v.p.) _____	O N
2. Présente-t-il des signes de déshydratation/ malnutrition, arrêt ou retard prononcé de la croissance?	O N
3. Montre-t-il des signes de négligence, p.ex. manque d'hygiène, etc.?	O N
4. Porte-t-il des traces de blessures antérieures, p.ex. fracture, ecchymose, empoisonnement, etc.?	O N
5. Présente-t-il un comportement anormal, p. ex. peur, agressivité, passivité, épaississement bizarre?	O N
6. A-t-il déclaré qu'il/elle a été maltraité(e) physiquement?	O N
7. A-t-il déclaré qu'il/elle a été victime d'abus sexuel?	O N
8. S'est-il présenté à l'hôpital à plusieurs reprises?	O N

LE PARENT-GARDIEN (A-T-IL) :	Veuillez encercler
1. Trop tardé à faire soigner/traiter l'enfant?	O N
2. Présenté une histoire contradictoire?	O N
3. Donné une explication inadéquate ou aucune explication à propos de la blessure?	O N
4. Montré de l'indifférence?	O N
5. Montré de l'hostilité?	O N
6. Eu d'autres comportements ne convenant pas aux circonstances? (Précisez s.v.p.) _____	O N
7. Montré peu de dispositions à donner de l'information?	O N
8. Refusé de consentir à d'autres examens de diagnostic?	O N
9. Signalé que l'enfant a été négligé ou victime d'abus?	O N
10. Considéré l'enfant comme un problème?	O N

IMPRESSIONS DE L'OBSERVATEUR :

1. Indiquez les motifs d'inquiétude _____

_____

_____

2. Veuillez encercler un des chiffres pour indiquer votre degré d'inquiétude:

1	2	3	4
**extrême	importante	modéré	minime

(**Si l'inquiétude est extrême, il faut agir immédiatement)

3. Commentaires _____

_____

_____

MESURES PRISES :

( ) Radiographies
( ) Prélèvements
( ) Utilisation de la trousse pour relever des preuves d'agression sexuelle (#)
( ) Photos en couleur
( ) Médecin de famille avisé (donnez son nom) _____
( ) Consultation spéciale (Précisez) _____
( ) Admission à l'hôpital
( ) SAE avisée

SIGNATURE _____ DATE _____

ANNEXE 3 B SCHÉMA DE LA SURFACE CORPORELLE-TRAUMATISMES CUTANÉS

EXAMEN PHYSIQUE GÉNÉRAL :

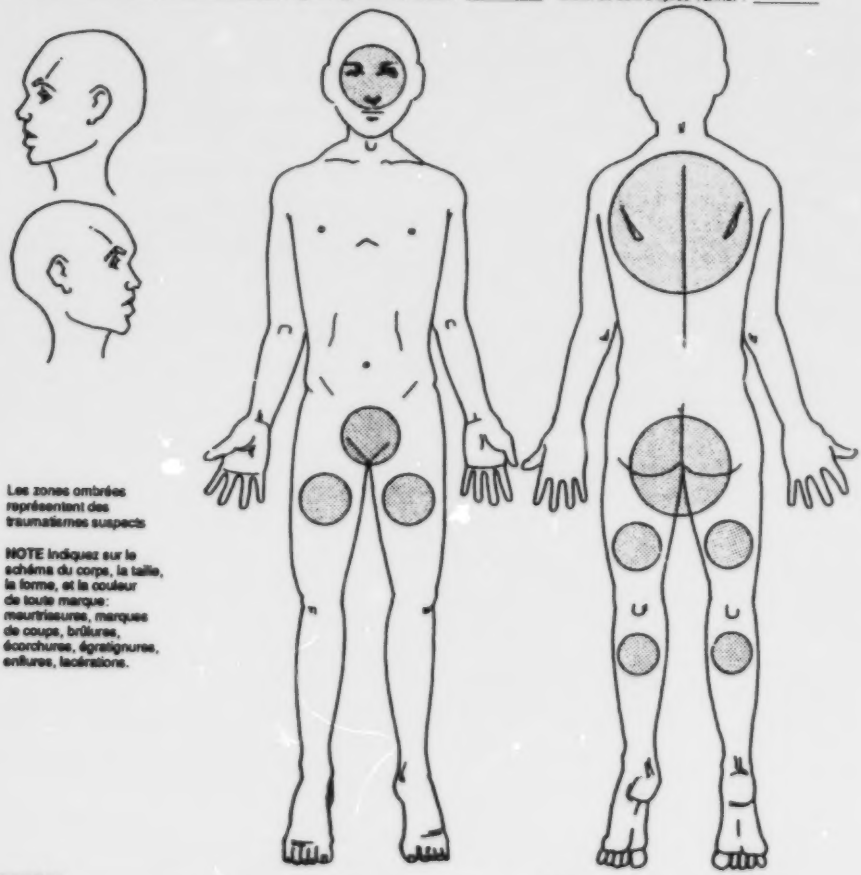
Taille : _____ Poids : _____ Circonférence du crâne : _____

État général : _____ Peau : _____

Yeux : _____ Oreilles : _____ Bouche et gorge : _____

Thorax : _____ Abdomen : _____ Membres : _____

Examen neurologique : _____ Organes génitaux et fesses : _____ Stade de dévl d'après Tanner : _____



Les zones ombrées représentent des traumatismes suspects

NOTE Indiquez sur le schéma du corps, la taille, la forme, et la couleur de toute marque: meurtrissures, marques de coups, brûlures, écorchures, égratignures, enflures, lacérations.

SIGNATURE _____ **DATE** _____

(Médecin traitant)

ANNEXE 3 C SCHÉMA DE LA SURFACE CORPORELLE-TRAUMATISMES SEXUELS

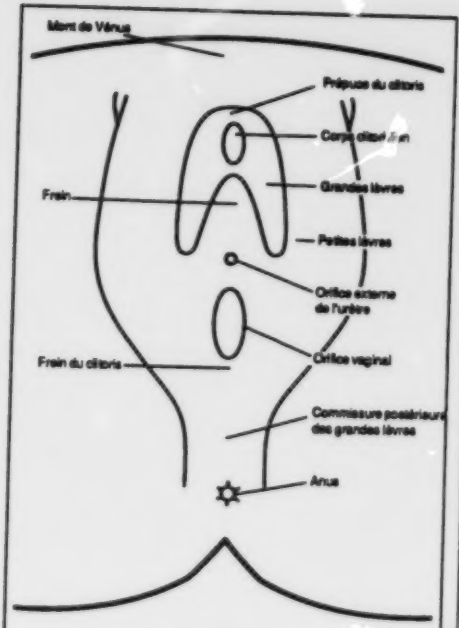


Diagramme 1

Organes génitaux féminins
pelvis et périnée

Note : Instructions pour utiliser le diagramme 1

1. Dessiner le contour de l'hymen et indiquer la taille de l'entrée du vagin
2. Indiquer tout traumatisme en précisant la taille, la forme, la couleur et l'endroit dans la région génitale
3. Indiquer toute écorchure, meurtrissure ou déchirure de l'anus

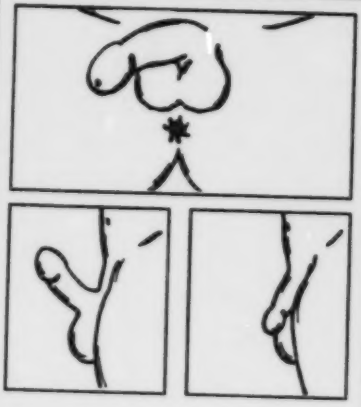


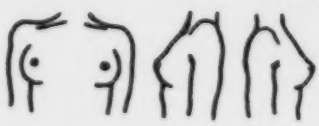
Diagramme 3

Pénis d'un garçon en état d'érection

Pénis d'un garçon à l'état de flaccidité

Note : Instructions pour utiliser le diagramme 3

1. Indiquer sur le dessin tout traumatisme au pénis ou à d'autres parties des organes génitaux en indiquant la taille, la forme et la couleur
2. Indiquer si l'enfant est circoncis
3. Indiquer toute écorchure, meurtrissure ou déchirure de l'anus



Seins
Diagramme 2

Note : Instructions pour utiliser le diagramme 2

1. Indiquer la taille, la forme et la couleur de toute marque ou lésion sur les seins vus de front ou de côté, comme il convient
2. Indiquer toute autre marque ou lésion dans la région des seins

Nom de l'enfant _____

Date _____

Rempli par _____
(Médecin traitant)

ANNEXE 3 E FORMULAIRE D'OBSERVATION DES RISQUES IMPORTANTS

Ce formulaire peut être utilisé lors de l'admission, de l'évaluation, au moment du congé, à des intervalles d'une semaine ou tel que requis.
Veuillez cocher au moins une réponse et(ou) indiquer vos remarques dans l'espace approprié.

Nom de l'enfant _____ Hôpital no _____

A Contact avec l'enfant

Le parent s'occupe-t-il de

	MÈRE Admission	MÈRE Subséquemment 1	2	3	PÈRE Admission	PÈRE Subséquemment 1	2	3
Tenir	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Baigner	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Changer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nourrir	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Jouer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Précisez _____

Le parent paraît-il

	MÈRE Admission	MÈRE Subséquemment 1	2	3	PÈRE Admission	PÈRE Subséquemment 1	2	3
Aimant	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Désintéressé de l'enfant	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Frustré par l'enfant	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hostile (physiquement, verbalement)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Autre	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Précisez _____

B Réaction du parent à l'égard du personnel

Le parent paraît-il

	MÈRE Admission	MÈRE Subséquemment 1	2	3	PÈRE Admission	PÈRE Subséquemment 1	2	3
Exigeant	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Coupable	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hostile	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Renfermé	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Compétent	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Prêt à coopérer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Autre	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Précisez _____

Réaction du parent pour d'autres parents

Le parent paraît-il

	MÈRE Admission	MÈRE Subséquemment 1	2	3	PÈRE Admission	PÈRE Subséquemment 1	2	3
Peu intéressé	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bavard	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Compétent	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Incompétent	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Précisez _____

C Visites ou appels téléphoniques

Fréquence hebdomadaire des visites ou appels téléphoniques : v (visite) ou t (téléphone)

	1	2	3	4	5	5+
Mère	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Père	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Grands-parents	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Autre	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Précisez _____

Indiquez la durée moyenne des visites

	10-30 min	30-60 min	1-1 1/2h	2 h>
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐

Les parents ont-ils indiqué de quelque façon que l'enfant n'est pas désiré?

Dans l'affirmative, qu'ont-ils dit?

_____

_____

_____

Inquiétudes manifestées par d'autres parents

_____

Date de l'admission _____ Date de l'observation subséquente _____ (1) _____ (2) _____ (3)

Signature (admission) _____

VIOLENCE CONJUGALE[6]

1. INTRODUCTION

D'après les données disponibles à l'heure actuelle, on compte plus de victimes de violence conjugale chez les femmes que chez les hommes et les femmes sont également plus nombreuses à demander de l'aide par suite de mauvais traitements. Il y a évidemment des cas d'hommes maltraités, ils sont toutefois peu fréquents et rarement déclarés. Il faut donc que le personnel des établissements de santé sache que les deux types de mauvais traitements existent, mais que les victimes sont généralement des femmes.

1.1 Aperçu

La violence conjugale est un problème social très répandu qui ne date pas d'hier et il est encore difficile d'en déterminer avec exactitude l'incidence. On constate néanmoins qu'il ne connaît aucune frontière socio-économique, culturelle ou géographique. Comme tous les autres types de mauvais traitements, la violence conjugale crée toutes sortes de problèmes psycho-sociaux connexes, non seulement pour les victimes, mais également pour tous les autres membres de la cellule familiale et de la collectivité.

Jusqu'à maintenant, la société n'a pas réussi à répondre comme il convient aux besoins des victimes. D'ailleurs, les lois qui sanctionnaient ou toléraient la violence faite aux femmes ont été abrogées il y a quelques dizaines d'années seulement. Aujourd'hui, on admet généralement l'existence de cas individuels sans croire à l'ampleur du phénomène. Ceux qui admettent l'étendue du problème nient habituellement qu'il sévit dans leur propre groupe social. On prône couramment la non-ingérence par respect du caractère sacré de la famille. C'est ainsi que certains mythes perdurent et nuisent à la mobilisation des ressources sociales en vue de résoudre le problème.

Les organismes d'aide ne sont pas toujours en mesure de répondre efficacement aux besoins des victimes et des agresseurs. Les professionnels de la santé semblent d'avis qu'il faut adopter une

6 Voir également - CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES, page 91.

approche interdisciplinaire pour déceler et traiter tous les aspects de la violence familiale. Les établissements de santé doivent renforcer et préciser ces liens interdisciplinaires de façon à améliorer la qualité des services, en particulier la coordination et la continuité des soins. Ils doivent également favoriser un climat d'empathie pour l'accueil des victimes, climat qui est souvent difficile à établir malgré la meilleure volonté du monde. Les victimes risquent ainsi d'être accablées davantage par le manque d'expérience, de connaissances et d'encadrement du personnel des établissements de santé.

Divers organismes et secteurs cherchent à prévenir la violence conjugale, mais pour atteindre cet objectif commun, ils doivent coordonner leurs efforts. Une meilleure coordination des services est nécessaire non seulement au sein du réseau de soins de santé, mais également avec le réseau des services sociaux et le système judiciaire. La coordination des efforts de ces organismes sociaux permettra de mieux déterminer quels sont les personnes et les groupes à risque élevé de manière qu'on puisse repérer et aider les victimes dès que possible. En fait, l'objectif ultime est de prévenir la violence conjugale. Aucun organisme ou secteur n'assume l'entière responsabilité de cette tâche; tous ont une part à assumer dans la prévention et la prestation de services aux victimes et aux agresseurs.

1.2 Définitions

On entend par mauvais traitements toute tentative d'une personne visant à contraindre une autre personne par la menace, la violence physique ou la violence psychologique (notamment des menaces verbales et l'isolement social), ou des relations sexuelles non désirées.

La violence conjugale et l'agression faite au conjoint sont les expressions utilisées pour désigner un comportement violent entre deux personnes en relation de couple. Il peut s'agir d'hommes et de femmes mariés ou de conjoints de fait, de même que d'homosexuels des deux sexes.

La violence conjugale est l'un des symptômes d'une dynamique malsaine à l'intérieur du couple. Les agressions exercées à l'égard du conjoint commencent bien souvent pendant les fréquentations et peuvent se poursuivre pendant toute la relation, même après que la victime ait pris des mesures pour s'extraire de ce contexte de violence.

Les expressions femmes battues et femmes maltraitées sont celles qu'on utilise le plus souvent pour désigner les victimes étant

donné que la majorité des actes de violence conjugale sont commis par des hommes envers leur conjointe ou amie.

Il convient également de noter qu'on utilise indifféremment de nombreuses formules pour décrire le phénomène : femmes maltraitées, femmes violentées, femmes battues, violence conjugale, violence entre conjoints, violence faite aux femmes en milieu conjugal.

1.3 Importance du guide

Il est reconnu que les établissements de santé jouent un rôle de premier plan en tant que modèle communautaire d'organisme qui a su adapter ses ressources, ses services et ses principes de fonctionnement aux besoins et aux problèmes bien réels des victimes et des agresseurs. L'organisation et la structure des établissements de santé permettent aux prestateurs de soins d'utiliser de façon optimale leurs connaissances et leurs compétences.

Par ailleurs, les professionnels de la santé doivent revoir leur propre échelle de valeurs en ce qui a trait à la violence conjugale de façon à vaincre leurs préjugés, à accroître leurs connaissances dans ce domaine et à acquérir les compétences nécessaires en matière d'intervention.

À l'heure actuelle, peu d'hôpitaux au Canada peuvent offrir des services adéquats aux victimes de violence conjugale et à leurs agresseurs. Le présent guide a pour but d'aider ceux qui participent à la planification, à l'organisation et à la mise en oeuvre de programmes d'intervention dans les cas de violence conjugale: il pourrait servir de base à l'élaboration d'un tel programme. Il ne s'agit pas de normes s'adressant aux professionnels qui exercent en milieu clinique.

2. RÔLE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Les établissements de santé jouent un rôle important dans les cas de violence conjugale puisque c'est bien souvent le premier endroit où les victimes et les agresseurs peuvent recevoir de l'aide. Il faut donc faire en sorte que les politiques, les règles et les protocoles appropriés soient mis en place pour soutenir et orienter la prestation de services à cette clientèle. Il faut notamment que les politiques et les pratiques permettent de dépister les cas le plus tôt possible, d'éviter d'accabler davantage les victimes et de coordonner les services offerts.

2.1 Principes régissant la participation des établissements de santé

La violence familiale affecte non seulement les individus, mais l'ensemble de la société. Les établissements de santé, en tant qu'organismes d'aide, s'efforcent de mettre un terme au cycle de la violence dans lequel sont entraînés les victimes et les agresseurs.

Une fois que la violence a commencé à se manifester entre les membres d'une famille, elle continuera vraisemblablement et risquera même de s'intensifier. La violence est inacceptable. La société, par l'intermédiaire des organismes d'aide notamment, a non seulement le droit mais aussi le devoir d'intervenir.

Si on veut prévenir la violence familiale et offrir des services adéquats aux victimes et aux agresseurs, il faut coordonner les initiatives de tous les organismes et secteurs intéressés.

2.2 Objectifs et éléments de programme recommandés

Fournir une gamme complète de services pour répondre à des besoins multiples

Les conseils d'administration, en consultation avec le personnel administratif et médical et celui des soins de la santé doivent déterminer les mécanismes qui permettraient le mieux à leur personnel de répondre aux besoins des victimes et des agresseurs. Les petits établissements, par exemple, n'ont pas toujours les ressources nécessaires pour mettre sur pied une équipe interdisciplinaire chargée des cas de violence conjugale. Ils peuvent néanmoins tenir un rôle important en dépistant les cas et en faisant en sorte que les victimes et les agresseurs soient orientés vers les ressources appropriées à l'intérieur ou à l'extérieur de leur collectivité.

L'établissement doit servir de modèle à l'ensemble de la collectivité en reconnaissant publiquement l'existence du problème et les mesures prises pour y répondre et en collaborant aux efforts communautaires visant à assurer le soutien indispensable aux victimes.

De son côté, l'intervenant, pour être efficace, doit traiter les victimes et les agresseurs de façon globale et veiller à leurs besoins physiques, psychologiques et pratiques. La victime a des besoins divers : protection, logement, conseils juridiques, soutien, counseling et traitements médicaux. Par ailleurs, pour assurer une aide optimale, tant aux victimes qu'aux agresseurs, il faut répertorier les ressources

communautaires disponibles. De plus, il faut planifier et systématiser la collaboration du personnel avec les organismes intéressés.

Il faut, en outre, que le programme soit conçu de façon à faire de la victime le centre d'attention du personnel. Cependant, si la sécurité d'autres membres de la famille qui sont à la charge de la victime est menacée (par exemple, les enfants), il faut faire appel à la législation provinciale pour une intervention pertinente.

Apprendre au personnel à dépister les cas et à intervenir efficacement

Les professionnels de la santé doivent être mieux renseignés sur les problèmes de violence conjugale; les établissements de santé peuvent jouer à cet égard un rôle considérable. Il faudrait donc mettre sur pied des programmes d'éducation permanente et d'orientation des professionnels de la santé visant à améliorer la prestation des services et à familiariser les intervenants avec les cas d'agression conjugale avec blessures, les raisons pour lesquelles certaines femmes continuent une relation marquée par la violence, ainsi que les techniques d'intervention pertinentes. Il convient également de faire en sorte que les étudiants et stagiaires des différentes disciplines de la santé acquièrent les connaissances et les compétences nécessaires dans ce domaine.

Il arrive que les femmes battues aient de graves blessures et doivent recevoir des traitements d'urgence ou être hospitalisées. Le dépistage est alors plus facile. Toutefois, de nombreuses femmes demandent de l'aide dans des situations non critiques, pour des motifs mal définis, et pour ce faire s'adressent à l'urgence ou à d'autres services. Dans de tels cas, elles n'invoquent pas comme motifs de la consultation les agressions dont elles sont victimes. Bien que la nature des blessures et les conditions dans lesquelles elles se sont produites laissent supposer qu'elles ne sont pas accidentelles, la victime peut tenter de dissimuler les faits. Le professionnel de la santé doit donc inciter la patiente à révéler elle-même ce qui s'est passé par la persuasion, sans confrontation. Le programme d'éducation destiné aux professionnels de la santé doit inclure de l'information sur les indices permettant de soupçonner l'existence de violence conjugale : le langage, les comportements, les signes physiques et les situations, ainsi que le profil type de l'agresseur.

Il serait également indiqué de prévoir des mesures de prévention de l'épuisement professionnel en informant le personnel sur les méthodes à utiliser pour faire face aux sentiments d'impuissance et

de frustration qui peuvent être ressentis lors des contacts avec les victimes de mauvais traitements.

Voir aussi la page 56 - LISTE DE CONTRÔLE DES PROGRAMMES D'ÉDUCATION SUR LA VIOLENCE CONJUGALE pour la planification des programmes d'enseignement.

Éviter d'accabler davantage la victime (de la blâmer)

En dépit de leur rôle et de leur formation, les professionnels de la santé n'ont pas moins de préjugés que les membres d'autres groupes et risquent ainsi d'accabler davantage les victimes. Les établissements de santé et les professionnels doivent donc reconnaître ce risque et tenter de le prévenir.

En effet, le problème de la victime risque de s'aggraver davantage si l'intervenant accepte le récit des blessures accidentelles et n'envisage pas la possibilité d'une agression alors que tout semble le laisser croire. Un certain nombre de facteurs devraient inciter l'intervenant à se demander si la cliente a été victime de violence conjugale.

Par exemple, lorsqu'une patiente est jugée névrotique, hypochondriaque ou simulatrice parce qu'aucun diagnostic ne peut expliquer les malaises multiples et mal définis pour lesquels elle demande à maintes reprises de l'aide, toute équipe professionnelle compétente devrait s'intéresser à la dynamique familiale et, en particulier, envisager la possibilité de violence conjugale. Si l'intervenant ne réussit pas à déceler l'existence de violence, il pourrait ressentir de la frustration et ne pas être en mesure de témoigner de l'empathie à la patiente.

Si l'intervenant ne reconnaît pas que la violence conjugale est un problème très répandu, il risque de ne pas informer sa clientèle des diverses ressources à l'intérieur de l'établissement ou dans la collectivité auxquelles elle pourrait recourir immédiatement ou ultérieurement. Pour aider les victimes et les agresseurs à discuter plus ouvertement de leurs problèmes, il peut être utile de placer de la documentation sur les ressources et services disponibles dans les salles d'attente, ce qui permet également de leur indiquer clairement que la violence conjugale est inacceptable, que la victime n'est pas à blâmer et qu'il existe des services d'aide communautaire.

Un intervenant normalement compatissant peut avoir des réactions paternalistes ou maternalistes, porter un jugement ou être en colère à l'endroit des clients s'il est incapable ou refuse de

reconnaître ses propres craintes et son manque d'assurance ou sa perplexité face aux cas de violence conjugale.

Faire en sorte que les victimes et les agresseurs aient accès aux services et au suivi appropriés

L'étendue et la nature des programmes d'aide et de suivi dépendent des ressources disponibles et des politiques de chaque établissement.

Il convient de discuter avec l'intéressé du suivi médical et psychologique et même d'encourager la victime à solliciter la participation de membres de sa famille ou d'amis à un programme de suivi. Le soutien social peut être donné par des membres de la famille, des voisins, des amis ou des collègues de travail compréhensifs et compatissants. Il faut noter au dossier médical les principaux détails des entretiens sur le suivi et l'information fournie au client.

Les politiques doivent être axées sur la continuité des soins et la possibilité d'accès soit à des services professionnels en établissement ou à des services communautaires.

La dépendance financière est souvent le principal facteur qui empêche les femmes maltraitées de quitter leur conjoint. Les dispensateurs de soins de santé doivent donc connaître les organismes de services sociaux où leurs clientes peuvent obtenir de l'aide financière.

Dans certains cas, les victimes ont besoin d'un logement pour une période de transition ou une période prolongée. Les intervenants doivent donc connaître les services offerts dans les maisons d'hébergement et leurs modalités d'admission pour pouvoir en informer leurs clientes.

Les victimes d'agression ont droit à des services juridiques. La coordination des réponses des services sociaux, des services de santé et des services juridiques est un élément important de l'aide à donner aux victimes pour qu'elles se prévalent de leurs droits. Les intervenants doivent donc connaître les services juridiques offerts aux victimes dans leur collectivité. De plus, pour mieux comprendre le fonctionnement des tribunaux et l'expliquer aux victimes, ils devraient discuter de la procédure avec des travailleurs chargés d'aider les victimes ou avec le personnel des services judiciaires.

Les hôpitaux et les établissements doivent en outre reconnaître que leur personnel a besoin d'information à jour sur les services

juridiques offerts aux femmes maltraitées. Cette information doit comprendre l'accès aux numéros de téléphone et aux noms des personnes ressources des centres locaux d'aide juridique, des programmes d'aide aux victimes ou de défense de leurs intérêts qui ont un rôle d'accompagnement des victimes lorsqu'elles sont confrontées au système de justice pénale.

Par ailleurs, il convient de tenir à jour une liste des ressources locales et de la transmettre au personnel intéressé pour qu'il soit possible de mettre les victimes en communication avec les services compétents. On devrait y trouver les numéros de téléphone de différents organismes, ainsi qu'une brève description de leur rôle. Parmi les organismes à répertorier mentionnons : les maisons d'hébergement, les services sociaux, juridiques et policiers, les groupes d'entraide, les groupes de défense des intérêts des femmes battues, les religieux, les groupes de santé communautaire, les programmes pour femmes battues, ainsi que les programmes pour alcooliques et toxicomanes. Les organismes et services peuvent changer d'orientation, établir de longues listes d'attente ou changer leurs tarifs. Il importe donc de tenir le répertoire à jour et de vérifier l'information régulièrement.

Il est possible d'obtenir auprès de différentes sources des brochures et de l'information qu'il faut diffuser et rendre accessibles.

Comme une bonne partie de l'information fournie verbalement par le client en situation de crise n'est pas retenue, il est utile de remplir des fiches de renseignements. Dans certains cas de mauvais traitements présumés ou déclarés, la victime peut ne pas vouloir prendre de mesures sur-le-champ. Il faut toutefois lui fournir de l'information écrite concernant les ressources communautaires disponibles pour qu'elle puisse y recourir ultérieurement si elle le désire.

Mettre sur pied un réseau d'aide coordonné et bien structuré

La coordination des services offerts par l'ensemble des organismes a une importance cruciale. Évidemment, les services fournis par les différents intervenants devraient être complémentaires et coordonnés de façon à offrir le plus d'aide possible à la victime tout en lui imposant un minimum de stress. Les établissements de santé sont un des éléments d'une approche interdisciplinaire en vue de prévenir toutes les formes de violence familiale.

Les plans d'intervention faisant appel à des services offerts en établissement ou ailleurs doivent clairement délimiter les

responsabilités et les rôles respectifs des professionnels ou organismes mis à contribution, de même que les relations qui existent entre eux. Il est également important qu'on y reconnaisse le rôle joué par les clients eux-mêmes dans le processus de soins.

Il serait utile de créer un organisme de consultation, tel qu'un Comité consultatif sur la violence familiale. Ce comité dont les membres ne seraient pas recrutés uniquement parmi le personnel de l'établissement comprendrait aussi des représentants des différents groupes communautaires et professionnels qui offrent des services. Le mandat du comité devrait tenir compte de la philosophie et des ressources de l'établissement. Un tel comité pourrait fournir des conseils sur des questions générales liées à la violence familiale et voir à l'élaboration des politiques, règles et protocoles; il pourrait également promouvoir la collaboration interdisciplinaire, soutenir les initiatives d'éducation et de recherche, et collaborer à l'évaluation des programmes et des services communautaires.

Participer activement à la prévention de la violence conjugale

L'hôpital peut jouer un rôle de prévention important: il peut notamment sensibiliser la population à la violence familiale et encourager les initiatives de prévention individuelles et communautaires. Il doit aussi informer le public du rôle de l'établissement en tant que ressource communautaire de lutte contre la violence conjugale, aider d'autres organismes communautaires à assurer une liaison efficace avec les établissements de santé, exposer et distribuer des brochures sur la nature et les conséquences de la violence conjugale et sur les ressources communautaires, fournir des locaux pour des réunions publiques et détacher du personnel auprès de comités communautaires.

On peut présumer que certains employés de l'établissement ont des problèmes potentiels ou concrets de violence conjugale. Il faudrait donc mettre sur pied des programmes de counseling adaptés pour venir en aide aux membres du personnel concernés.

Par ailleurs, le travail auprès des victimes et des agresseurs peut causer un stress considérable, de la frustration ou des sentiments d'incompétence chez les intervenants. Il faut donc leur fournir l'aide nécessaire par des services de santé au travail, des groupes de soutien entre pairs, des services de counseling et autres.

Tenir des dossiers

Les politiques, les règles et les protocoles doivent indiquer clairement les renseignements à consigner et la façon de procéder. Une liste de contrôle pour l'élaboration des politiques et règles, ainsi que d'autres exemples de lignes directrices et de listes de contrôle sont présentés dans les ANNEXES à la fin du présent document, aux pages 101 à 107 ainsi qu'aux exemples de liste de contrôle pour le programme d'éducation sur la violence conjugale et du Guide à la fin de cette section, pages 56 à 59.

Les politiques doivent contenir de l'information sur le consentement au traitement, l'orientation, la déclaration des cas à la police, les photographies, etc.. Il faudrait également qu'on y précise le genre de renseignements à consigner pour ce qui est des données objectives de l'examen physique et des explications subjectives données par les victimes concernant les causes des blessures.

Les formulaires appropriés doivent être fournis de façon qu'on puisse noter les données relatives au dépistage, à l'évaluation, à l'intervention, au suivi et à l'orientation.

Une attention particulière doit être accordée au travail de recueil et de documentation de la preuve médico-légale qui doit être fait selon des protocoles détaillés établis par les autorités compétentes. (Se reporter à la section CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES, page 91.)

Évaluer le programme en vue de superviser ou d'améliorer la prestation des services

L'assurance de la qualité des services dispensés dans les cas de violence conjugale doit s'intégrer au programme général d'assurance de la qualité de l'établissement. À titre de guide pour l'élaboration d'un tel programme, se reporter à la page 102, ANNEXE II - LISTE DE CONTRÔLE POUR LA VÉRIFICATION DES SOINS.

L'évaluation doit être axée sur l'efficacité du dépistage des agressions faites aux femmes, l'étendue des services offerts, la coordination et la continuité des soins, la pertinence des orientations, ainsi que la pertinence et l'étendue des renseignements nécessaires à la constitution de la preuve. La préoccupation immédiate doit être le dépistage des mauvais traitements et la communication de l'information sur la nature du problème et, les possibilités d'aide aux victimes et aux agresseurs.

Les résultats attendus diffèrent selon le genre de services et doivent être délimités en collaboration avec chaque secteur d'activités. Bien que le résultat ultime soit la réduction de l'incidence et de la prévalence de la violence conjugale, les établissements de santé contribuent plutôt à obtenir des résultats transitoires tels que la stabilisation ou une amélioration de la situation de la victime justifiant la fin de l'intervention une fois les buts du plan de traitement et de counseling atteints ou l'orientation pertinente effectuée. La satisfaction du client est un critère important, en particulier lorsqu'on veut déterminer dans quelle mesure l'établissement tient compte des besoins des victimes.

Soutenir la recherche dans le domaine de la violence conjugale

Les établissements de santé doivent promouvoir et soutenir les projets de recherche dans le domaine de la violence conjugale, notamment les projets d'étude de l'efficacité des programmes et des services d'éducation à l'intention des clients et, plus particulièrement, les programmes de prévention de la violence conjugale et d'intervention auprès des victimes et des agresseurs. Bon nombre d'établissements ne parrainent pas d'activités directes de recherche, mais ils peuvent collaborer à des projets entrepris ailleurs en fournissant les données demandées.

3. LIGNES DIRECTRICES DU PROGRAMME

3.1 Locaux

Les victimes de violence sous toutes ses formes sont perturbées, que les signes de traumatisme soient apparents ou non. Elles ont besoin d'être vues pour fin d'examen dans un endroit calme où leur intimité peut être préservée. Les examens et le counseling devraient donc se faire dans un lieu adapté à leurs besoins.

3.2 Personnel

Étant donné la diversité et la complexité des services requis, une approche interdisciplinaire est indispensable. C'est d'ailleurs la variété des compétences professionnelles disponibles qui délimitera l'étendue des services fournis. Toutefois, un établissement dont les ressources sont limitées peut faire appel à d'autres services communautaires tels que les organismes religieux, les organismes

bénévoles, la police et les services juridiques. Lorsque les ressources humaines et autres sont restreintes, il est également possible de collaborer avec des établissements plus importants de la région.

On trouve une liste des tâches qui peuvent être assignées au personnel à l'ANNEXE III - RÉPARTITION DES RÔLES, page 104. Les rôles proposés sont donnés à titre indicatif seulement et doivent être adaptés à chaque programme.

La consultation d'autres organismes et la collaboration avec ces derniers amélioreront l'aide apportée aux victimes et contribueront à la viabilité du programme. Le partage des responsabilités réduira les risques pour les membres d'un groupe professionnel ou d'un organisme communautaire de se sentir frustrés et dépassés par les événements dans leur tentative de répondre à tous les besoins de leurs clients.

UN EXEMPLE DE GUIDE D'ÉVALUATION ET D'INTERVENTION DANS LES CAS DE VIOLENCE CONJUGALE est présenté à la page 57.

3.3 Planification et orientation - Politiques, règles, protocoles

Les politiques, règles et protocoles doivent tenir compte des Principes régissant la participation des établissements de santé (2.1) et des Objectifs et éléments de programme recommandés (2.2) exposés aux pages 46 à 53.

Les conseils d'administration, les gestionnaires et les prestateurs de soins doivent être sensibilisés au problème de la violence conjugale dans leur collectivité et au rôle de l'établissement de santé en ce qui a trait au dépistage et au traitement de ce type de violence. Les établissements de santé doivent adopter des politiques et des règles pour le traitement des cas de violence conjugale, qui sont conformes à leur philosophie et démontrent qu'ils sont disposés à répondre aux besoins des victimes et des agresseurs. Vous trouverez une LISTE DE CONTRÔLE DES POLITIQUES ET DES RÈGLES À L'ANNEXE I, page 101.

Les établissements doivent élaborer des politiques et des règles particulières pour bien orienter le travail de leur personnel et délimiter les sphères de responsabilité et d'autorité dans le contexte d'une collaboration interdisciplinaire des services d'aide aux victimes et aux agresseurs déclarés ou présumés.

Les politiques et règles doivent faire mention des éléments suivants :

- la reconnaissance du problème de la violence conjugale dans la société;
- la responsabilité de l'établissement en tant qu'organisme d'aide;
- les relations de l'établissement avec d'autres organismes;
- une approche interdisciplinaire;
- l'utilisation de protocoles particuliers; et
- l'utilisation des formulaires et de la documentation appropriés.

Non seulement l'unité des soins d'urgence et l'unité de service social, mais toutes les unités fonctionnelles peuvent avoir besoin de protocoles particuliers délimitant les rôles de chacun en matière de dépistage et de traitement des cas de violence conjugale. Il devrait également y être question du dépistage, de l'évaluation, des interventions, du suivi, de l'orientation, ainsi que des points sujets à documentation.

LISTE DE CONTRÔLE POUR LE PROGRAMME D'ÉDUCATION SUR LA VIOLENCE CONJUGALE

Les programmes d'initiation et de formation permanente destinés au personnel peuvent traiter des points suivants :

- nature et conséquences de la violence conjugale;
- historique et aspects sociologiques de la violence conjugale;
- mythes, stéréotypes et préjugés;
- prévalence du problème;
- profil de l'agresseur;
- rôle de l'établissement de santé;
- identification des victimes;
- accablement supplémentaire de la victime;
- techniques d'évaluation et d'intervention;
- suivi et orientation;
- données à recueillir et preuve médico-légale;
- liaison avec d'autres dispensateurs de services (police, centres de secours, services sociaux, système judiciaire et groupes d'entraide); et
- services de soutien offerts au personnel.

EXEMPLE DE GUIDE D'ÉVALUATION ET D'INTERVENTION DANS LES CAS DE VIOLENCE CONJUGALE

Les professionnels de la santé qui évaluent les cas de violence conjugale doivent :

- évaluer les blessures corporelles et les traumatismes psychologiques;
- déterminer le besoin de procéder à un examen complet visant à déterminer s'il y a eu agression sexuelle;
- établir les antécédents médicaux et les consigner au dossier;
- recueillir les preuves médico-légales nécessaires et consigner les renseignements pertinents;
- revoir les dossiers antérieurs pour déterminer s'il y a eu d'autres incidents de violence conjugale;
- déterminer les causes déterminantes résultant des blessures ou des conditions au moment de l'évaluation;
- faire l'examen physique et l'évaluation psycho-sociale et consigner les renseignements obtenus; et
- déterminer si la victime et l'agresseur ont consommé de la drogue ou de l'alcool.

Compte tenu des indices recueillis, classer le cas dans la catégorie qui convient :

- aucun signe de violence;
- violence présumée, niée par la victime;
- violence présumée, confirmée par la victime.

S'il y a présomption d'agression, mais que la victime le nie :

(1) aider la victime à reconnaître le rôle de la violence en tant que cause de ses problèmes de santé en adoptant une attitude empathique, non critique; et

(2) avec le consentement de la patiente, consigner les données recueillies lors de l'examen physique et de l'évaluation psychosociale, et photographier les blessures (si possible).

Si l'on soupçonne que la patiente a subi des agressions et qu'elle le confirme, il convient de procéder tel qu'indiqué aux points (1) et (2) ci-dessus, et de :

(3) déterminer la gravité du problème, c'est-à-dire évaluer la possibilité de violence future et non pas simplement la sévérité des blessures;

(4) confirmer la nécessité d'assurer la protection de la victime;

(5) évaluer le réseau d'aide sociale de la patiente et les ressources dont elle dispose;

(6) déterminer l'urgence de la situation (nota : l'évaluation des risques courus par la victime est prioritaire);

(7) évaluer l'intensité de la violence de façon à pouvoir aider et protéger la victime, aider l'agresseur, aider et protéger les enfants témoins des agressions, planifier l'intervention, y compris le soutien psycho-social et le counseling, et faire appel aux ressources appropriées pour consultation future;

(8) déterminer si les enfants de la victime sont en danger et prendre les mesures de protection pertinentes;

(9) déterminer si la victime veut faire une déclaration à la police; avec son consentement, l'aider à faire les démarches nécessaires; et

(10) fournir à la victime toute l'information concernant les ressources disponibles dont elle pourrait avoir besoin sur-le-champ et ultérieurement.

INTERVENTION

- L'intervention d'urgence auprès des victimes a pour objectif principal de fournir de l'information et du soutien de façon à assurer la protection de la clientèle et à organiser un suivi. Le soutien doit être fonction de la capacité d'autonomie de la victime et non de sa dépendance apparente dans l'immédiat.
- Dans le cas des agresseurs, l'intervention d'urgence vise principalement à inciter ces derniers à reconnaître leur comportement violent et à s'inscrire à un programme de traitement axé sur ce problème. Les professionnels de la santé doivent être conscients que les agresseurs ne demandent pas d'aide volontairement; toutefois, un traitement rendu obligatoire par ordonnance du tribunal peut être efficace. Ce traitement doit néanmoins être indépendant des procédures judiciaires.
- Les services de counseling individuel ou familial peuvent être efficaces tant pour les victimes que pour leurs familles, dans les cas de violence conjugale.

■ AGRESSION SEXUELLE[7]

1. INTRODUCTION

Ce chapitre traite de l'agression sexuelle des adultes. La question de l'abus sexuel et de l'agression sexuelle des enfants est abordée à la partie intitulée «Mauvais traitements infligés à des enfants».

Il est essentiel que les prestateurs de soins de la santé considèrent l'agression sexuelle comme un acte de violence et non comme un crime passionnel déclenché par une pulsion sexuelle.

La croyance erronée selon laquelle l'agression sexuelle tient de la passion a été perpétuée pendant de nombreuses années par les institutions religieuses et sociales et perdure encore, malheureusement, chez certaines personnes. En fait, la motivation d'un tel geste est très complexe, mais est souvent associée à de l'hostilité et à un désir de domination.

1.1 Définitions

Agression sexuelle

Selon le Code criminel, l'agression sexuelle comprend toute forme d'agression comportant un acte sexuel, y compris les baisers, les caresses ou les relations sexuelles avec une autre personne sans son consentement. On distingue trois catégories d'agression sexuelle :

- l'agression sexuelle simple — agression avec utilisation ou menace d'utilisation de la force;
- l'agression sexuelle causant des lésions corporelles — agression au cours de laquelle on porte atteinte à la santé ou au bien-être de la victime ou au cours de laquelle on utilise ou menace d'utiliser une arme; et

7 Voir également - CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES, page 91 et - MAUVAIS TRAITEMENTS INFLIGÉS À DES ENFANTS, page 13.

- l'agression sexuelle grave — agression au cours de laquelle la victime est mutilée, défigurée ou au cours de laquelle sa vie est mise en danger.

La question importante sur le plan juridique est celle du consentement. L'agresseur n'est pas toujours un inconnu pour la victime. L'agression peut être perpétrée par un individu du même sexe que la victime ou du sexe opposé et l'agresseur peut être un homme ou une femme. Dans la plupart des cas, cependant, l'agresseur est un homme et la victime une femme. Pour les besoins du présent document, il est tenu pour acquis que la victime est une femme et que l'agresseur est un homme.

Dans les établissements de santé, les professionnels peuvent voir les victimes immédiatement après l'agression (dans les 48 heures), dans les quelques jours qui suivent l'agression ou bien des mois ou des années plus tard, selon le moment où la victime choisit d'en parler.

Nombres d'individus sont ou ont été victimes d'abus par un conjoint, un parent ou toute autre individu en position d'authorité, les contraignant de façon répétitive, à participer à des activitées sexuelles sans leur consentement. Pour les victimes adultes, chaque occurence est une aggression sexuelle – pour les enfants, il s'agit d'abus sexuel. Ces victimes peuvent se rendre dans un établissement de santé immédiatement après l'agression ou bien choisir de révéler les situations présentes ou passées d'abus, sexual dont elles ont souffert en tant qu'adultes ou enfants.

Les établissements de santé doivent être préparés à répondre aux besoins de toutes ces victimes. En raison de la variété de circonstances dans lesquelles les victimes peuvent rechercher des services de santé spécialisés dans les agressions sexuelles, les discussions se trouvant dans les sections sur l'abus conjugal et l'abus des personnes âgées sont également pertinentes lorsqu'on aborde les agressions sexuelles.

2. RÔLE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DES ÉTABLISSEMENTS FACE À L'AGRESSION SEXUELLE

2.1 Réponse aux besoins des victimes et des agresseurs

Les établissements de santé et leur personnel jouent un rôle important dans le dépistage et le traitement des victimes d'agression

sexuelle. Tout programme d'aide doit se fonder sur deux principes fondamentaux : condamner la violence dans notre société et s'engager à fournir les soins appropriés. Les conseils d'administration doivent endosser un tel engagement et faire en sorte qu'un programme et des protocoles bien structurés soient mis en oeuvre pour répondre aux besoins des victimes, des agresseurs et des familles, soit directement par des services offerts en établissement soit par l'intermédiaire de réseaux de services communautaires.

2.2 Divulgation de l'agression sexuelle

De nombreux facteurs empêchent la victime de demander de l'aide ou de porter des accusations dans les cas d'agression sexuelle :

- en dépit des modifications apportées en 1983 à la législation canadienne assurant une protection accrue de la victime et autorisant les policiers à porter des accusations, les procédures judiciaires sont pénibles pour la victime et peuvent l'accabler davantage, ce qui l'incite à ne pas porter plainte;
- les peines imposées aux agresseurs sont souvent considérées comme trop légères et il y a peu de bons programmes de réadaptation au Canada; par conséquent, la victime craint de ne pas être en sécurité à la libération de son agresseur et n'intente donc pas de poursuites judiciaires;
- il arrive souvent que les amis ou la famille de la victime fassent pression pour que celle-ci ne porte pas d'accusation, ne demande pas d'aide et ne déclare pas l'incident; la victime se retrouve ainsi sans aide ou conseils de la part de professionnels ou de sa famille et ses amis;
- il arrive que la victime ne demande pas d'aide parce qu'elle est à la charge financière de son agresseur (par exemple, un employeur ou un membre de la famille); et
- certains problèmes géographiques, linguistiques, d'incapacité physique ou mentale, d'âge ou de différences culturelles peuvent, en outre, contribuer à l'isolement de la victime.

2.3 Rôle des professionnels et des établissements après la divulgation

Les hôpitaux doivent coordonner les services qu'ils offrent aux victimes et aux agresseurs pour leur permettre d'obtenir le maximum d'aide et de soutien du système. Ce guide a pour but d'aider les établissements à répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle, au sein de la collectivité, et à ceux des agresseurs, ainsi

qu'à élaborer un protocole individualisé de dépistage et de traitement des victimes et des agresseurs.

L'établissement doit offrir un service prompt et efficace à la victime et entretenir de bons rapports avec les services communautaires, la police et les avocats. Les intervenants doivent fournir un soutien, se montrer impartiaux, tout en reconnaissant les besoins de la victime sur les plans physique, affectif et juridique. Il faut créer un climat d'empathie pour éviter d'accabler davantage la victime dans le cadre du processus de prestation des soins.

Il peut arriver que les professionnels de la santé aient affaire aux agresseurs. Ils doivent alors se rappeler que les victimes et les agresseurs peuvent venir de n'importe quel milieu socio-économique, culturel ou religieux et qu'ils ont besoin de traitement.

Il faut assurer la formation permanente des professionnels de la santé et des membres du réseau d'aide communautaire, et fournir l'éducation et l'information à la clientèle.

Il importe, par ailleurs, que la victime sente qu'elle a prise sur les événements. Toutes les décisions, comme celles de porter des accusations ou de subir un examen, doivent être laissées à sa discrétion pourvu qu'elle soit en mesure de les prendre. Le personnel médical doit tenir compte de ce facteur, mais il doit également expliquer les avantages et les inconvénients de chaque option.

L'établissement doit être conscient de ses responsabilités légales face aux victimes d'agression sexuelle. Les protocoles doivent tenir compte des lois provinciales concernant l'âge requis pour donner son consentement, le consentement éclairé, la déclaration des cas, la responsabilité, la preuve, la transmission des éléments de preuve et les documents requis.

Pour ce qui est des rapports entre l'appareil judiciaire et le réseau de santé, il importe que le bien-être et le droit à l'autodétermination de la victime gardent une place de premier plan. Les poursuites contre l'agresseur ont pour but d'aider et de protéger la victime et de réduire la fréquence de ce genre de crime; par conséquent, il faut inciter les victimes à porter plainte. Toutefois, la procédure judiciaire peut être pénible et il faut inviter le personnel à soutenir la victime sans la juger, quelle que soit sa décision.

Différences entre les petites et les grandes collectivités

Dans les grands centres, il y a plus d'un établissement où l'on peut s'adresser en cas d'urgence. Avec la collaboration des autorités provinciales et locales, il faut donc désigner un établissement comme centre d'aide aux victimes d'agression sexuelle, ce qui permet d'élaborer un programme régional concerté auquel participent tous les membres du groupe d'intervention auprès des victimes d'agression sexuelle. Les hôpitaux non désignés comme centre d'aide aux victimes doivent néanmoins se doter d'un protocole permettant le transfert, en toute sécurité, de la victime qui s'est rendue d'elle-même à un service d'urgence. Il faut également qu'ils établissent des lignes directrices pour répondre aux besoins des personnes hospitalisées et du personnel.

Par ailleurs, dans les petites collectivités, il faut tenir compte de différents facteurs lorsqu'un programme est élaboré. Les victimes peuvent hésiter à demander de l'aide ou à révéler certains détails parce qu'elles craignent que leurs révélations ne restent pas confidentielles. Les problèmes relatifs à la confidentialité sont les suivants :

- la victime et l'agresseur sont parfois connus de plusieurs membres du personnel professionnel et de soutien, ce qui peut empêcher ces derniers d'être impartiaux et compréhensifs;
- dans certains cas, la victime, l'agresseur et la famille sont traités dans le même établissement;
- il peut être difficile pour les victimes ou les agresseurs de demander de l'aide s'ils connaissent personnellement certains membres du personnel ou certains travailleurs communautaires;
- les professionnels de la santé qui s'occupent des victimes peuvent craindre de ne pas être en sécurité s'ils habitent une petite localité; ils risquent ainsi de ne pas être en mesure de donner tous les soins nécessaires de façon impartiale;
- si l'incident et l'identité de la victime sont connus, cette dernière pourra être réticente à retourner au travail, à l'école ou à la maison par crainte ou par gêne.

Ce ne sont que quelques-uns des problèmes dont les hôpitaux des petites localités doivent être conscients. Il peut arriver qu'il soit préférable pour la victime d'obtenir de l'aide ailleurs; la procédure de transfert devrait par conséquent être précisée dans les protocoles.

Autres considérations

Il faut faciliter les rapports entre la victime, les parents ou les amis susceptibles d'aider la victime, l'agresseur et, les divers professionnels et dispensateurs de services.

Parmi les dispensateurs de soins, mentionnons les travailleurs sociaux, les représentants religieux, les intervenants dans les situations de crise[8], les infirmières, les médecins, les policiers, les avocats, les membres des groupes d'entraide, ainsi que les membres d'organismes de counseling ou de santé mentale. On devrait établir une liste des ressources communautaires disponibles et la communiquer au personnel.

Dans les situations d'urgence, il n'est pas toujours possible de faire une évaluation médico-légale complète de la victime sur-le-champ. Il est toutefois important de s'occuper immédiatement de ses besoins physiques et affectifs. Il faut donc désigner un membre du personnel ou des services communautaires qui restera avec la victime en attendant cet examen pour lui apporter le soutien nécessaire, et faire en sorte que le processus soit le plus rapide possible. Dans les petites localités, il faut désigner la personne qui fournira le counseling et le soutien lors du suivi en tenant compte du fait que la victime préférerait probablement consulter quelqu'un de l'extérieur.

Il faudrait également prévoir des services d'aide à la famille ou à l'entourage de la victime au stade de l'intervention d'urgence et durant le suivi.

Il y a matière à recherche dans le domaine de l'agression sexuelle, et les établissements de santé devraient appuyer les initiatives dans ce secteur.

La direction devra envisager toutes les sources de financement possibles. Les collectivités doivent décider si les programmes continus de traitement et de suivi destinés aux victimes et aux agresseurs seront mis en oeuvre en établissement ou dans la collectivité. Les sources de financement (par exemple, le ministère de la Santé, le Procureur général, les services sociaux) doivent, en outre, être répertoriées.

8 Intervenant dans les situations de crise : personne chargée d'aider les individus en situation de crise à être en mesure de faire à nouveau des choix et de savoir ce qu'ils veulent, en répondant immédiatement à leur demande d'aide, en les aidant à réexaminer la situation, en leur procurant un soutien affectif et en continuant de les rencontrer et de les défendre.

3. LIGNES DIRECTRICES

3.1 Locaux

Il faut désigner le centre où seront dispensés les soins d'urgence aux victimes d'agression sexuelle.

Le lieu choisi pour l'évaluation d'urgence doit comprendre une pièce calme loin de «l'action». Il faut que la victime et la personne qui l'accompagne puissent être seules pendant qu'elles attendent l'évaluation. L'examen lui-même doit également être fait en privé.

Il n'est pas nécessaire d'avoir une salle de douches sur place, mais il faut permettre à la victime de se laver après l'examen; elle voudra probablement le faire si elle se rend directement au poste de police ensuite.

3.2 Personnel

Il convient d'adopter une approche interdisciplinaire pour s'attaquer au problème de l'agression sexuelle. Chaque profession tient un rôle particulier dans des secteurs de compétence spécialisés. Les rôles doivent donc être clairement définis. Le nombre de participants dépend de l'envergure et du champ d'application du programme. Pour assurer la coordination des services, un comité des principaux professionnels devrait être constitué et ce comité devrait se réunir régulièrement pour faciliter, planifier et mettre en oeuvre tous les aspects du programme.

Un tel comité devrait être composé de représentants des professionnels concernés de l'hôpital (par exemple, des infirmières, des médecins, des cadres, des travailleurs sociaux, des psychologues et des représentants religieux), ainsi que de travailleurs communautaires qui dispensent des services de counseling d'urgence et de suivi (par exemple, les intervenants dans les situations de crise, les représentants religieux, les organismes de counseling).

Avant d'élaborer des programmes, il serait utile de rencontrer les représentants des services policiers, du bureau du procureur de la Couronne, du laboratoire médico-légal ainsi que le conseiller juridique de l'établissement pour faire en sorte que les droits de la victime et les obligations légales de l'établissement soient respectés. Cette équipe devrait également entretenir la communication entre les différents intervenants et veiller à la bonne marche du programme.

La répartition des rôles des participants au programme d'aide aux victimes d'agression sexuelle peut être délimitée de façon générale et adaptée selon les besoins. Se reporter au guide général présenté à l'ANNEXE III - RÉPARTITION DES RÔLES, page 104. Comme il est mentionné dans la section Politiques et règles à la page 101, il faut tenir compte, lors de l'affectation du personnel, du rôle et des fonctions de l'équipe d'intervention auprès des victimes d'agression sexuelle.

Soutien du personnel

Il est possible que des membres du personnel souffrent d'épuisement professionnel s'ils traitent un grand nombre de cas ou s'ils commencent à s'identifier aux victimes. Leur rendement au travail et leur vie privée risquent alors d'en souffrir. Il peut également leur arriver de craindre pour leur propre sécurité. Les programmes doivent donc être établis en fonction des besoins de chaque membre du personnel. Les coordonnateurs doivent aussi tenir compte de la nécessité pour le personnel d'exprimer ses sentiments, d'en discuter et, à l'occasion, de cesser pour un temps de travailler avec des victimes d'agression sexuelle. Des réunions régulières du personnel ayant des contacts étroits avec les victimes peuvent se révéler une forme efficace de soutien. Il faut également faire en sorte que les intervenants sachent comment obtenir du counseling pour eux-mêmes, le cas échéant.

Par ailleurs, il faut inciter les membres du personnel qui ont de la difficulté à aider les victimes d'agression sexuelle, en raison de leurs préjugés ou de leur expérience personnelle, à demander de l'aide. Enfin, si on juge que l'attitude de certains intervenants est néfaste à la clientèle, il ne faut pas les intégrer à l'équipe avant qu'ils aient réglé leurs problèmes.

3.3 Planification et orientation - politiques, règles et protocoles

Il convient d'élaborer des politiques, règles et protocoles précis conformes aux lois provinciales et aux normes médicales. Les protocoles doivent être conçus pour répondre aux besoins des victimes, des établissements et de la collectivité. Comme on l'a déjà mentionné, leur préparation doit être assurée par un comité interdisciplinaire qui se réunit régulièrement pour veiller à la bonne marche et à l'amélioration du programme.

But

Le but et la raison d'être du programme doivent être clairement énoncés. Les protocoles doivent permettre d'offrir aux victimes d'agression sexuelle des services efficaces et coordonnés qui répondent à leurs besoins sur les plans affectif et physique ainsi qu'aux exigences légales du système.

Dépistage

Il est important que les protocoles tiennent compte des différentes voies empruntées par la victime qui se présente à l'hôpital. Dans certains cas, elle se rend au service d'urgence de sa propre initiative ou sur les conseils d'un organisme communautaire de counseling, ou elle y est amenée par des policiers. Dans d'autres cas, elle est patiente d'une clinique de soins ambulatoires et se confie à un intervenant. Elle peut aussi être hospitalisée et révéler sa situation à ce moment-là. Il faut donc clairement déterminer quels services ou unités et quels employés seront chargés du dépistage, de l'évaluation et de l'orientation vers les services appropriés.

Déclaration des cas

Il faut que les exigences légales soient clairement expliquées, y compris qui doit signaler les cas, à qui doit être adressé le rapport et de quelle façon ce rapport doit être fait.

Consentement

Les règles concernant l'obtention d'un consentement éclairé et les conséquences de ce consentement doivent être clairement précisées et comprises par tout le personnel. C'est la victime qui doit décider du genre de soins et de traitement qu'elle recevra, c'est-à-dire si elle aura des soins médicaux seulement ou si elle subira un examen médico-légal complet. Il faut expliquer à tous les membres du personnel les dispositions de la loi concernant l'âge requis pour donner son consentement et le consentement des adultes jugés incapables sur le plan mental. Le conseiller juridique de l'établissement devra examiner tous les formulaires de consentement pour vérifier s'ils sont acceptables et s'ils protègent bien la victime. Celle-ci a subi un traumatisme et il faut du temps pour lui expliquer tous les aspects de l'examen médical et médico-légal. Il faut que la personne qui cherche à obtenir le consentement soit bien informée.

Équipe d'intervention auprès des victimes d'agression sexuelle

Pour traiter les victimes d'agression sexuelle, il faut adopter une approche multidisciplinaire coordonnée et, si possible, créer une équipe d'intervention. Tous les membres de l'équipe doivent avoir un rôle bien défini. Il faut également établir un relevé des ressources communautaires et des services offerts en établissement.

Dans les petits hôpitaux, il n'est pas possible d'assumer tous les aspects de la prise en charge des victimes en raison du manque de personnel et de ressources spécialisées, ainsi que des problèmes liés au caractère confidentiel de l'information ou à la difficulté pour le personnel d'avoir une attitude neutre. Il faut alors adopter des politiques et des règles qui permettent de faire une première intervention d'urgence, y compris l'évaluation initiale, la stabilisation de l'état du patient, la planification du transfert vers un organisme approprié ayant les ressources nécessaires.

Lorsqu'ils désignent les membres de l'équipe et les ressources d'appoint, les responsables de la planification doivent se rappeler que les victimes ont besoin de soutien affectif et que l'examen peut exiger beaucoup de temps. Il faut donc faire preuve de souplesse et d'esprit d'initiative pour le choix des membres de l'équipe. Par exemple, après une première évaluation rapide au cours de laquelle on répond aux besoins physiques et affectifs immédiats de la victime, on lui demande généralement d'attendre au service des urgences avant que ne débute l'examen médico-légal. Une personne pouvant lui apporter un soutien ainsi qu'à sa famille et à ses amis, etc., devrait demeurer près d'elle. Cette personne devra avoir reçu une formation pertinente. Ce pourrait être une infirmière du service des soins d'urgence ou, si aucune n'est disponible, une infirmière d'un autre service, une bénévole de l'hôpital ou d'un service communautaire, un travailleur social ou un représentant religieux.

Le temps des urgentologues est précieux et lorsque la salle des urgences est très occupée, il est difficile pour eux d'examiner promptement la patiente sans être interrompus au cours de l'examen. Les infirmières peuvent alléger considérablement le fardeau des médecins, sans que la qualité des soins n'en soit affectée, lorsqu'elles sont habilitées à recueillir les données médico-légales. Il faudrait envisager la possibilité de former un certain nombre de médecins communautaires auxquels on pourrait faire appel dans le cadre du programme d'aide aux victimes d'agression sexuelle. Il faudrait au moins établir une liste de réserve de manière qu'un médecin puisse

passer le temps nécessaire avec la victime, lorsqu'elle est à l'urgence.

Il serait souhaitable que des médecins des deux sexes reçoivent cette formation et soient disponibles; cela peut devenir un facteur extrêmement important, car certaines victimes seront plus ou moins bien disposées à subir l'examen s'il s'agit d'un homme ou d'une femme.

Trousses pour l'examen des victimes d'agression sexuelle

Dans certaines provinces, il existe des trousses dont on peut se servir telles quelles ou que l'on peut adapter aux besoins de l'hôpital ou de la victime. Ces trousses contiennent des formulaires, des contenants, des étiquettes, etc. qui facilitent l'examen. Dans bien des régions, c'est la GRC ou d'autres organismes qui distribuent les trousses; toutefois, s'il est impossible de les obtenir, l'hôpital devrait en constituer une et intégrer cette tâche à son protocole. Le matériel nécessaire à l'examen doit également être préparé à l'avance.

Soins et traitement

Le protocole de soins et de traitement des victimes d'agression sexuelle doit expliquer clairement tous les aspects de l'examen, c'est-à-dire le dépistage, l'évaluation, la tenue de dossiers et la prise en charge. Il est parfois nécessaire d'inclure des photographies au dossier; les centres doivent donc désigner la personne la plus qualifiée pour ce faire. Idéalement, les photographies doivent être prises au moment où la victime est examinée pour éviter qu'elle n'ait pas à se dévêtir de nouveau au poste de police.

Il est important que le personnel médical accorde la priorité aux soins à la victime plutôt qu'à la collecte de données médico-légales.

Les données doivent être rassemblées et transmises de façon à protéger les éléments de preuve.

Dossiers

Il faut consigner les données de façon claire, concise et complète. Les formulaires inclus dans la trousse doivent être approuvés par les autorités compétentes de l'hôpital et être suffisamment précis pour être utilisés devant les tribunaux.

Caractère confidentiel de l'information

Le consentement de la victime doit être obtenu avant que l'information ne soit communiquée à la police, au personnel médical ou au médecin de famille.

L'entrevue et l'examen doivent être faits dans un lieu privé. Il convient également d'adopter des politiques concernant la transmission des dossiers médicaux aux autres services de l'hôpital puisque, dans certains cas, il est possible que l'information doive être conservée ailleurs que dans le dossier général de la patiente pour en maintenir la confidentialité.

Orientation, suivi et collaboration avec des organismes communautaires

Il faut assurer un suivi avec le médecin de famille, le service de soins ambulatoires ou d'autres services selon les besoins et les désirs de la victime. Il faut donc déterminer les ressources communautaires disponibles et faire appel à leurs services lors de la planification de l'orientation. La sécurité de la victime est primordiale.

Voir également l'ANNEXE I - LISTE DE CONTRÔLE DES POLITIQUES ET DES RÔLES, page 101, qui est un guide général pour l'élaboration de politiques et de règles.

3.4 Évaluation

L'assurance de la qualité doit être une activité permanente afin d'assurer la réalisation des objectifs du programme et la prestation de services prompts, efficaces et coordonnés à la victime et à l'agresseur. Les mesures nécessaires englobent l'examen de chaque cas, la vérification et la recherche. Il conviendrait également d'évaluer les programmes en établissement, ainsi que les programmes d'action dans la collectivité et les programmes de suivi.

Se reporter à la page 102, ANNEXE II - LISTE DE CONTRÔLE POUR LA VÉRIFICATION DES SOINS, pour obtenir des conseils sur la planification de l'évaluation et de l'assurance de la qualité.

3.5 Prévention

Rôle de l'établissement de santé en tant que ressource communautaire

Les hôpitaux peuvent jouer un rôle en tant que ressource communautaire de différentes façons :

- en participant à l'information du public et des travailleurs en santé communautaire, (par exemple, les médecins, les infirmières en santé communautaire, les travailleurs sociaux, les psychologues) par des séminaires publics, des séminaires dans les écoles et par la production de brochures d'information, d'affiches pour les salles d'attente et de messages d'information à la télévision, à la radio et dans les journaux;
- en collaborant à la prestation de services communautaires aux victimes d'agression sexuelle;
- en mettant sur pied des services ambulatoires de traitement et de counseling à l'intention des victimes, des familles et des agresseurs; et
- en mettant sur pied des groupes d'entraide pour les victimes, en formant du personnel pour animer ces groupes, ou en fournissant les locaux nécessaires aux groupes communautaires.

Programme d'aide aux employés

Tous les employés (non seulement le personnel soignant) doivent savoir qu'il existe des services de counseling à l'intention des victimes d'agression ou d'abus. Il est possible que certains employés soient ou aient été victimes d'agression ou d'abus et n'aient pas reçu de counseling.

Par ailleurs, le soutien aux professionnels de la santé est très important, en particulier pour prévenir l'épuisement professionnel. Les membres de l'équipe soignante doivent donc avoir accès à des services confidentiels de counseling s'ils en manifestent le besoin.

Défense des intérêts des patients

Les programmes mis en oeuvre ont pour objectif premier de fournir des services de qualité aux victimes. Il importe avant tout que l'aide apportée à la victime ne lui fasse pas courir d'autres risques. Dans certains cas, il faut envisager la possibilité de l'hospitaliser.

Les établissements de santé sont moralement tenus d'assurer la sécurité de la victime et de toute autre personne qui est en danger.

Les hôpitaux doivent faire comprendre au public qu'ils ont une attitude positive face au traitement des victimes et des agresseurs, que leur approche est empathique et globale, que personne n'y est jugé et que l'information qu'ils recueillent demeure confidentielle.

Le conseil d'administration est en mesure de réclamer du gouvernement les fonds nécessaires pour les programmes de traitement et de counseling à l'intention des agresseurs et des victimes.

Les procédures judiciaires sont très stressantes pour les victimes et peuvent également l'être pour le personnel. Les établissements de santé doivent donc soutenir les organismes ou groupes qui privilégient une approche pondérée, efficace et la moins traumatisante possible pour la victime.

3.6 Formation

Les professionnels qui donnent des soins aux victimes doivent recevoir une formation continue principalement axée sur l'aide aux victimes qui se présentent immédiatement après une agression sexuelle et à celles qui révèlent qu'elles ont été victimes d'agression sexuelle dans le passé. Il faut également leur apprendre comment traiter l'agresseur. Il peut s'agir de formation continue en cours d'emploi, ou de formation d'employés clés dans des centres plus spécialisés. Les intervenants qui ne font pas partie du personnel de l'hôpital (par exemple, les policiers, les avocats, les conseillers spirituels, les travailleurs sociaux) doivent également recevoir de l'information concernant l'examen médical, les répercussions affectives pour la victime et le protocole de l'établissement. Cette information peut être fournie par le personnel de l'hôpital.

La formation professionnelle doit englober les aspects médico-légaux de l'examen suite à une aggression sexuelle : prélèvements, établissement de dossiers et communication des éléments de preuve. Il faut également une préparation pour la comparution devant le tribunal, comme la préparation d'un curriculum vitae, la manière de présenter la preuve en cour et l'importance de la discussion du cas avec le procureur.

De plus, il ne faut pas oublier l'information à la clientèle. Les victimes doivent savoir en quoi consistent les procédures médicales et judiciaires. Elles doivent être renseignées sur les ressources offertes par l'établissement et les services communautaires. Plusieurs

personnes peuvent fournir ce genre d'information aux victimes : les infirmières, les intervenants dans les situations de crise, les médecins et les policiers. Par conséquent, il faut faire en sorte que l'information soit exacte et cohérente. Les publications et tout autre matériel éducatif destiné aux clients peuvent être utiles.

La formation des professionnels au niveau universitaire et post-universitaire peut comporter une formation pratique dans l'évaluation supervisée de cas, des séminaires et de la formation en cours d'emploi. Les intervenants intéressés sont les médecins, les infirmières, les avocats, les travailleurs sociaux, les psychologues, les policiers, les enseignants, les intervenants dans les situations de crise et les représentants religieux.

3.7 Recherche

Des activités de recherche dans le domaine de l'agression sexuelle sont impératives et elles doivent être encouragées. Même si aucune recherche ne se fait dans l'établissement, il est utile de consigner les renseignements relatifs aux cas déclarés et de les garder en dossier pour des projets futurs de recherche ou pour contribuer à la recherche efffectuée par d'autres groupes.

■ VIOLENCE EXERCÉE CONTRE LES PERSONNES ÂGÉES, FRÊLES OU VULNÉRABLES[9]

1. INTRODUCTION

Ce chapitre a été rédigé par une équipe d'intervention principalement chargée des personnes âgées, frêles ou vulnérables. Les établissements pour personnes fragiles sur les plans physique et mental faisant partie d'autres groupes d'âge devront adapter les présentes lignes directrices en fonction de leurs besoins spécifiques.

Le vieillissement est un processus complexe, exigeant et qui n'est pas toujours bien compris. La vulnérabilité et la fragilité physiques ou mentales que l'on retrouve à des degrés divers chez certaines personnes âgées sont très différentes de celles du malade hospitalisé qui dépend temporairement d'un personnel médical et d'autres intervenants et qui accepte bien cette situation. Les personnes âgées ont surtout besoin d'être respectées dans l'évolution graduelle de leur vieillissement et d'avoir l'assurance de pouvoir utiliser au mieux leurs capacités tant physiques que psychologiques et sociales et plus particulièrement leur mobilité, leur autonomie et leur capacité de se prendre en charge.

Certaines personnes âgées figurent parmi les membres les plus vulnérables de la société, sur les plans physique et émotionnel. Il est fréquent que les personnes âgées soient ignorantes de leurs droits. Leurs expériences de vie, leur milieu social et leur appartenance religieuse les ont souvent préparées à la soumission, à la crainte et à la résignation. Dans bien des cas, elles sont incapables de se protéger et souvent elles ne peuvent ou ne veulent reconnaître qu'elles sont maltraitées, surtout lorsque l'auteur des agressions est une personne qui s'occupe d'elles. En outre, elles peuvent choisir de garder le silence de crainte d'être abandonnées, de faire l'objet de représailles, d'être placées en établissement ou par un désir d'éviter la gêne et la honte.

9 Voir également les CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES, page 91.

Les dispensateurs des soins doivent être conscients de ces réalités et de la façon de les aborder; s'occuper d'une personne âgée, c'est également être confronté à son propre vieillissement, faire des choix difficiles en termes d'attitudes et de comportements, choix qui ne sont pas toujours évidents ou faciles à réaliser.

Étant donné les besoins particuliers des personnes âgées, frêles ou vulnérables, nous nous intéresserons dans cette Partie de l'étude aux personnes qui sont maltraitées dans leur collectivité ou dans leur foyer et dont la situation est dévoilée pendant qu'elles reçoivent des soins, ainsi qu'aux cas de mauvais traitements subis à l'intérieur d'établissements tels que des hôpitaux ou des établissements de soins prolongés. La majeure partie de notre analyse vaut pour toutes les situations alors que certaines observations s'appliquent plus particulièrement aux cas de violence exercée dans les établissements.

1.1 Énoncé de principe

Le Rapport de la deuxième Conférence canadienne sur le vieillissement (1983) contient l'énoncé de principe suivant au sujet du vieillissement :

«Tous les Canadiens, y compris les personnes âgées, ont droit à la paix et à l'ordre et à un bon gouvernement, et c'est aux divers paliers de l'administration publique et à la société canadienne en général qu'il incombe de prendre les mesures positives et préventives qui s'imposent pour assumer le bien-être des personnes âgées en général et de celles qui vivent dans des centres spécialisés en particulier, et de leur épargner l'anxiété ou les actes de violence susceptibles de compromettre leur bien-être physique ou mental et de les empêcher de profiter pleinement de leurs biens.»

1.2 Définitions

Le phénomène de la violence envers les personnes âgées est mal compris dans notre société. Les définitions sont aussi nombreuses que les auteurs. Pour les besoins de ce guide, les définitions qui suivent tiennent compte des mauvais traitements et de la négligence à l'égard des personnes âgées. Elles font état des actes ou des omissions qui nuisent aux personnes âgees sur les plans physique, sexuel, psychologique et financier.

Violence physique

On parle de violence physique lorsqu'il y a cruauté associée à des actes de violence, brutalité entraînant des lésions ou des troubles

physiques, ou négligence grave comme le mépris des besoins en matière d'aide, privation de besoins essentiels (par exemple la nourriture) ou le refus de veiller à l'hygiène personnelle et domestique ou aux soins médicaux.

Violence psychologique

Cette expression désigne la réclusion, l'isolement, l'absence de soins adéquats (manque de temps, d'attention ou de réceptivité aux besoins) et la suppression de la possibilité de participer activement à la vie. Elle renvoie aussi à la violence verbale et à la cruauté mentale qui s'accompagnent d'humiliation, d'intimidation, de privation des droits ou, d'infantilisation, ainsi qu'à toute autre forme de traitement qui peut porter atteinte à l'identité, à la dignité et à l'estime de soi.

Exploitation financière

Cette expression désigne des actes tels que la privation d'argent, la fraude, le vol, l'usurpation ou la dilapidation des biens et du capital. On parle aussi d'exploitation financière lorsqu'on prive la personne des moyens d'assurer sa subsistance quotidienne.

Abus sexuel

Cette expression désigne entre autres des actes et des tentatives d'agression ou de harcèlement sexuel, ou des attentats à la pudeur.

1.3 Profil des victimes et des agresseurs

La plupart du temps, les victimes sont âgées de plus de 75 ans, ont des problèmes de santé et des troubles physiques ou mentaux; elles sont souvent incapables de pourvoir à leurs propres besoins et de se protéger, et elles vivent avec les personnes qui les maltraitent. Elles sont dans certains cas parfaitement conscientes d'être maltraitées mais souvent refusent de l'avouer ou répugnent à le faire.

Dans la majorité des cas, les agresseurs sont soit le conjoint, le fils ou la fille adulte ou un membre de la famille qui n'a aucun lien parental direct avec la victime. Dans un établissement, il peut s'agir d'un corésident, d'un parent, d'un visiteur ou d'un membre du personnel.

1.4 Facteurs qui contribuent aux mauvais traitements, aux voies de fait, à la négligence et à la violence contre les personnes âgées, frêles ou vulnérables

Le problème social de la violence dans la famille, surtout dirigée contre les personnes âgées, frêles ou vulnérables, a de profondes ramifications sociales et reflète le malaise de notre société. Dans la plupart des provinces, le cadre législatif et d'autres structures destinées à faciliter les programmes d'intervention, d'information et de protection sont en pleine évolution.

De nombreux facteurs socio-environnementaux, personnels et familiaux contribuent à la violence contre les personnes âgées, frêles ou vulnérables.

Une société qui privilégie de plus en plus la concurrence et la productivité est facilement portée à dévaloriser les personnes âgées, frêles ou vulnérables. La violence qui est omniprésente dans notre société et qui transparaît partout dans les médias se résume essentiellement à l'exercice de pouvoir sur les faibles par les puissants, dans un but intéressé.

Le stress sous-jacent aux relations interpersonnelles dans la famille, dans le milieu de travail et dans la vie sociale peut donner lieu à l'intolérance, à l'impatience, voire à la violence. La pauvreté qui est le lot de bien des familles, surtout d'un très grand nombre de personnes âgées, ajoute un autre élément de stress aux relations humaines.

L'alcoolisme et l'usage de drogues, qui accentuent les comportements violents et la négligence, servent souvent de prétexte et d'échappatoire aux membres de la famille et aux professionnels de la santé pour justifier leurs méfaits.

À la suite de changement dans les rôles et dans les valeurs à l'intérieur de la famille, les membres, et à plus forte raison les personnes qui dépendent d'eux, ont souvent de la difficulté à s'assumer eux-mêmes.

Les mêmes tensions sociales et personnelles se retrouvent parfois dans les établissements de santé. Elles peuvent être aggravées par l'insuffisance de ressources humaines et financières, le manque d'éducation, l'imprécision des lignes directrices et des valeurs, une mauvaise coordination entre les programmes ou un directeur pris dans le carcan du système.

Le modèle hospitalier, qui est souvent reproduit dans les établissements de soins prolongés pour personnes âgées, peut nuire à la poursuite d'un mode de vie harmonieux pour les personnes adultes dépendantes. Dans bien des cas, les conditions de vie laissent à désirer, et sont parfois lamentables: manque d'intimité et d'espace; conditions de logement inadéquates; absence de services de relève et de ressources pour les prestateurs de soins. Ces derniers se retrouvent parfois avec un fardeau de responsabilités trop lourd qui conduit au surmenage et à l'épuisement professionnel. Ils travaillent parfois en vase clos, sans connaître les services communautaires qui existent.

Un manque de connaissances et de compétences observé tant dans la collectivité que dans les établissements peut entraîner une rupture des communications et un mépris de la réalité du vieillissement.

Les conflits de personnalité antérieurs entre les générations ou entre frères et soeurs peuvent influer énormément sur la capacité d'un prestateur de soins de répondre aux besoins d'un membre de la famille qui devient dépendant avec l'âge. En outre, il n'est pas rare de retrouver dans le milieu familial une personne âgée ou frêle qui prend soin d'une autre personne âgée qui est moins autonome qu'elle-même.

Les circonstances se détériorent dans certains cas parce que les réseaux de soins de santé et de services sociaux n'offrent pas les services qui conviennent aux besoins de la population âgée.

2. RÔLE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ FACE À LA VIOLENCE EXERCÉE CONTRE LES PERSONNES ÂGÉES, FRÊLES OU VULNÉRABLES

Les établissements de santé jouent un rôle important dans le dépistage et le traitement des personnes âgées, frêles ou vulnérables, victimes de mauvais traitements. Chaque établissement devrait s'assurer qu'il dispose des politiques, des règles et des protocoles nécessaires pour faciliter et orienter la prestation de services aux victimes, et, au besoin, aux agresseurs.

2.1 Principes de la participation des établissements de santé

Les divers facteurs qui contribuent à la violence contre les personnes âgées, frêles ou vulnérables ont fait l'objet d'une analyse assez poussée. Les programmes d'intervention doivent faciliter les solutions et être dictés par la compassion et la compréhension. Comme c'est le cas avec tous les autres types de violence, il s'agit de tout faire pour aider les sujets à retrouver autant que possible le respect de soi, à reprendre en main leur vie et à prendre part à toute décision qui les touche.

Chaque établissement de santé devrait tenir compte des besoins de sa propre collectivité afin de déterminer comment elle peut servir au mieux les intérêts de la population âgée et ceux des adultes frêles ou vulnérables de cette collectivité. Il devrait surtout s'employer à établir des liens avec les services provinciaux de protection des adultes, les forces de police, le milieu judiciaire et les services de santé publique ainsi qu'avec tout groupe d'entraide et tout programme communautaire disponibles. Il a aussi un rôle à jouer en sensibilisant son propre personnel, les professionnels de la collectivité et le public en général au problème de la violence contre les personnes âgées, frêles ou vulnérables. Il doit également songer à son rôle dans la recherche et dans l'application des résultats de cette recherche.

Le conseil de direction devrait faire état dans son mandat de son appui aux programmes mis sur pied.

2.2 Objectifs et éléments de programme recommandés

La planification de mesures efficaces de dépistage précoce de prévention et d'intervention devrait comprendre les éléments suivants:

- Un personnel formé qui possède une connaissance pratique des signes de mauvais traitement, par exemple des lésions incompatibles avec l'explication donnée, des ecchymoses, l'usage de médicaments inappropriés, la résignation, le repli sur soi, la passivité et autres changements de comportement inexpliqués;
- Des services de traitement et de counseling qui visent à aider la personne dépendante à composer avec la situation de la manière la moins restrictive possible;
- Le retrait de la victime du milieu où s'exercent les mauvais traitements, selon les dispositions de la législation provinciale,

lorsque cette mesure s'impose et lorsqu'il n'existe aucune autre option acceptable;

- Des services de counseling à l'agresseur lorsqu'il s'agit d'un employé qui a été identifié, et en plus, la consignation des détails de l'incident et des données qui ressortent de l'examen du cas; l'application de mesures correctives appropriées et l'établissement d'une méthode de déclaration du cas;
- Une équipe interdisciplinaire qui mise sur la collaboration et la coopération pour le dépistage, l'évaluation, le traitement et la prévention d'abus ultérieurs.

Différences entre les grandes et les petites collectivités

Certaines questions liées à la planification pour les petites collectivités sont analysées de manière plus détaillée dans la partie consacrée à l'agression sexuelle, à la page 65.

Il est important d'avoir des protocoles afin de mieux répondre aux besoins de la personne qui a été maltraitée ou qui est soupçonnée de l'être. Plusieurs facteurs doivent être pris en considération lorsqu'on élabore un service dans une petite collectivité. Les craintes relatives au manque de confidentialité peuvent empêcher la victime de demander de l'aide ou de révéler tous les détails de sa situation.

Dépistage des cas de violence au sein d'un établissement

La plupart du temps, les mauvais traitements infligée aux adultes dépendants se produisent dans la maison même ou dans la collectivité où vit la victime. On doit cependant reconnaître que ce phénomène peut exister également dans les établissements de santé. Dans de tels cas, il peut y avoir des répercussions sur les soins dispensés aux malades, sur le plan tant physique que mental. Il importe qu'il soit bien établi au départ que toute intervention ou tout traitement destinés au patient soit avant tout dans l'intérêt de ce dernier. Dans cette optique, ce qui suit peut être considéré comme des mauvais traitements infligés aux personnes âgées, frêles ou vulnérables :

- l'administration de médicaments inappropriés ou en quantité excessive entraînant la somnolence, la confusion et l'immobilité, d'où une attitude de dépendance et la perte prématurée de la capacité de faire face à la vie;
- le recours à des méthodes de contention chimiques ou physiques inappropriées;

- le recours à des moyens de réanimation injustifiés ou à d'autres formes de thérapie agressive qui ne tiennent pas compte de tous les facteurs en jeu;
- la privation de traitements, de soins ou de médicaments, ou la non-satisfaction des besoins vitaux;
- l'absence de coordination avec les services disponibles d'un régime de soins qui tienne compte des besoins du patient ou du résident;
- l'absence de formation et d'orientation, un choix non judicieux du personnel, compte tenu des besoins de cette population âgée et frêle; et
- la violence verbale.

Dépistage précoce et prévention

Aucun établissement s'occupant de personnes âgées ou frêles n'est à l'abri de la possibilité de ce type de violence. Aussi est-il important de connaître les signes ou les symptômes qui peuvent faire soupçonner l'existence d'un tel problème.

Il y a lieu de définir un plan pour l'adoption de mesures efficaces de prévention et de dépistage précoce, de l'expliquer à tout le personnel et de le faire appliquer par chaque prestateur de soins. L'application et l'exécution d'un tel plan d'action, y compris la formation, devraient être confiées à un membre du personnel qui bénéficie de la confiance des autres employés. Le personnel devrait tout faire pour gagner la confiance des victimes de façon à ce qu'elles puissent surmonter leurs appréhensions et se confier. Tout le personnel devrait être conscient de la possibilité de violence.

Dans les cas de mauvais traitements infligés dans un établissement, il faut mettre en place des programmes pour :

- suivre les patients ou les résidents, veiller aux soins qui leur sont prodigués et déceler les situations de violence;
- offrir une formation au personnel et lui proposer des mesures de prévention;
- s'attaquer au problème une fois qu'il est décelé; et
- veiller à la réinsertion des membres du personnel concernés.

Ressources

Les collectivités ont souvent à leur disposition un certain nombre de ressources qui facilitent le dépistage précoce ou l'intervention, par exemple les services axés sur la prévention, la défense d'intérêts, le soutien, la formation, l'information sur l'hébergement, les soins de relève, les abris temporaires, les services de counseling juridique, financier, psychologique ou spirituel. Au nombre des services qui peuvent aider les personnes âgées ou frêles à être le plus autonomes possible figurent :

- les services de communication : les médias, la radio, la télévision, les journaux et les magazines qui s'adressent à la population âgée;
- les centres pour personnes âgées qui offrent des activités et des programmes de formation aux membres du troisième âge et à ceux qui s'en occupent;
- les services spécialisés de la police et des banques;
- les foyers d'hébergement, les centres de dépannage;
- les soins de relève;
- les représentants religieux;
- les centres de promotion des droits des personnes âgées;
- les services de loisirs animés par les bénévoles; et
- les visiteurs à domicile et dans les établissements.

3. LIGNES DIRECTRICES DU PROGRAMME

3.1 Personnel

On trouvera à l'ANNEXE III, RÉPARTITION DES RÔLES, à la page 104, une liste des tâches qui pourraient être confiées aux membres des équipes interdisciplinaires, suggestions qui ne sont données qu'à titre indicatif et qui doivent être adaptées à chaque cas.

Il y aurait lieu de mettre au point une approche interdisciplinaire pour les personnes âgées violentées, de l'expliquer à tous les membres du personnel et de la faire appliquer par chaque prestateur de soins. Dans un tel contexte, chaque profession a un rôle important et spécifique, et ses propres spécialités. Le personnel devrait tout faire pour gagner la confiance de la victime craintive de façon à ce

que celle-ci puisse surmonter ses appréhensions, dévoiler sa situation ainsi que l'identité de son agresseur. Tout le personnel devrait être conscient de la possibilité du phénomène de la violence. Chaque employé doit savoir en quoi consiste son rôle et celui des autres membres du personnel, face à un tel problème.

3.2 Planification et orientation - Politiques, règles, protocoles

Chaque établissement de santé devrait mettre au point ses propres politiques, règles et protocoles pour divers aspects de la prise en charge des personnes maltraitées. L'ANNEXE I, à la page 101, renferme une liste des politiques et des règles générales.

Objet

Il importe de définir clairement l'objet de la prise en charge des personnes maltraitées, y compris le dépistage précoce, l'intervention, la protection et le traitement.

Dépistage

Le dépistage précoce donne lieu à une intervention précoce et pourrait éviter l'aggravation du problème. Il arrive que les victimes se présentent d'elles-mêmes au service d'urgence ou au département de soins ambulatoires. Elles peuvent également y être envoyées par un organisme de counseling communautaire. Comme il existe diverses façons de dépister des cas de mauvais traitements, il faudrait prévoir un mécanisme pour assurer le suivi, peu importe là où le problème a été dépisté en premier lieu.

Déclaration des cas

Dans certaines provinces, les lois relatives à la protection des adultes font clairement état de l'obligation de déclarer tous les cas de mauvais traitements infligés aux personnes âgées, frêles ou vulnérables. Le domaine de la protection des adultes est en pleine évolution; la politique devrait donc être mise à jour et réfléter la législation provinciale actuelle. Les politiques devraient également indiquer clairement :

- le mécanisme prévu pour la déclaration des cas;
- les membres du personnel responsables de la déclaration des cas;
- les services qui doivent être avisés.

Consentement

Le mécanisme prévu pour l'obtention d'un consentement éclairé (de la victime même ou du gardien) et la signification de ce consentement devraient être expliqués clairement à tous les membres du personnel concernés et bien saisis par eux. La victime peut déterminer quel est le traitement acceptable. Dans certains cas, il peut être nécessaire d'obtenir un avis autorisé sur la capacité mentale de la victime. Le consentement devrait être obtenu par une personne bien informée. La loi concernant le consentement d'un adulte mentalement incapable devrait être expliquée clairement à tout le personnel et les décisions relatives à l'incapacité devraient être prises par des professionnels qualifiés. Les formulaires de consentement et la démarche utilisée pour l'obtention du consentement devraient être revus par des conseillers juridiques qui détermineront s'ils sont acceptables et protègent bien la victime.

Les établissements devraient veiller à ce qu'il y ait dans leur région un cadre supérieur ou un spécialiste en éthique qui puisse aider à résoudre les situations complexes concernant la capacité de l'individu et la validité d'un consentement éclairé. De manière générale, il existe des experts dans ce domaine dans toutes les régions.

On trouvera dans les lignes directrices relatives aux SERVICES PSYCHOGÉRIATRIQUES, qui devraient paraître en 1989, une analyse plus définitive de la question du consentement.

Équipe d'intervention auprès des victimes d'agression/d'abus

On pourrait constituer une équipe qui se verrait confier des rôles bien définis concernant la violence infligée aux personnes âgées frêles ou vulnérables. Dans les grands établissements, il pourrait s'agir d'une équipe distincte. Toutefois, le problème de la violence contre les personnes âgées pourrait être regroupé avec d'autres questions liées aux agressions et aux voies de fait. Dans le cas des services de soins prolongés et de soins à domicile, une telle équipe pourrait être formée à l'intérieur du service de formation en cours d'emploi.

Quelle que soit la composition de l'équipe, les ressources dont elle dispose au sein de l'établissement et de la collectivité doivent être clairement définies. Il peut se trouver que la prise en charge totale de la victime par l'établissement ne soit pas une solution indiquée pour diverses raisons: pénurie de personnel, pénurie de personnel spécialisé, problème de confidentialité ou difficulté à fournir des

services non biaisés. Dans de tels cas, il y a lieu de définir une politique qui permettrait la prise en charge initiale dans une situation d'urgence, notamment l'évaluation initiale, la stabilisation et l'orientation vers un organisme doté de ressources appropriées.

Soins et traitement

Le protocole devrait exposer clairement tous les aspects de l'examen, c'est-à-dire le dépistage, l'évaluation, la documentation, la prise en charge et le suivi. Il peut être nécessaire de prendre des photographies qui seront conservées dans les dossiers, et les centres devraient déterminer quelle est la personne la mieux qualifiée pour ce travail. Idéalement, les photographies doivent être prises au moment où la victime est examinée pour lui éviter de se dévêtir de nouveau au poste de police.

Il est important que le personnel médical sache que la prise en charge de la victime sur le plan médical importe davantage que la collecte de preuves médico-légales. Les spécimens doivent être prélevés et transférés de façon à ce que les éléments de preuve soit préservés.

Dossiers

Il importe de bien préciser que les données doivent être claires, concises, exactes et complètes.

Confidentialité

Il y a lieu d'obtenir le consentement de la victime ou un consentement éclairé avant que l'information ne soit divulguée à la police, au personnel médical, au médecin de famille ou à toute autre personne ou organisme compétent.

Orientation, suivi et collaboration avec la collectivité

Les modalités du suivi doivent être organisées selon les désirs de la victime. Les ressources communautaires doivent être définies et intégrées au besoin dans la planification du congé du client.

3.3 Évaluation

Il est important d'avoir un programme d'évaluation qui permette de veiller à ce que les cas soient réglés rapidement, efficacement et avec compassion. Les activités continues d'assurance de la

qualité peuvent comprendre entre autres des études de cas individuelles, des vérifications et des recherches. Les programmes mis en oeuvre dans les établissements, les initiatives d'action communautaire et de suivi devraient tous faire l'objet d'une évaluation.

L'ANNEXE II, LISTE DE CONTRÔLE POUR LA VÉRIFICATION DES SOINS, à la page 102, peut faciliter la planification de l'évaluation et de l'assurance de la qualité.

3.4 Prévention

Les établissements de santé devraient faciliter le processus de prévention et tenir lieu de ressource à cet égard :

- en sensibilisant le public et les travailleurs en santé communautaire et en aidant les collectivités à apporter des solutions à ce problème;
- en dispensant des services de counseling et de traitement aux victimes, aux familles et autres personnes impliquées dans le département de soins ambulatoires.

3.5 Formation

Le personnel qui dispense des soins et traitements aux personnes âgées, frêles ou vulnérables, victimes de mauvais traitements, a besoin d'une formation permanente. La formation devrait comprendre des séances et des colloques axés sur la dynamique de la violence ainsi que sur les facteurs de risque et les stratégies de traitement possibles. Les intervenants expérimentés devraient également envisager d'assurer la formation d'autres personnes dans leur collectivité pour assurer une uniformité entre les divers organismes qui s'occupent des personnes âgées, frêles ou vulnérables et pour sensibiliser ces groupes au phénomène des mauvais traitements et de la négligence.

Il faudrait songer à la nécessité d'assurer une formation aux professionnels, au niveau des études universitaires et supérieures. Il pourrait s'agir de stages pratiques, avec encadrement, axés sur des évaluations de cas, de colloques et de stages de formation en cours d'emploi. Par professionnels, on entend entre autres les médecins, les infirmières, les avocats, les travailleurs sociaux, les psychologues, les membres des forces de police, les intervenants dans les situations de crise et les conseillers spirituels.

3.6 Recherche

Les établissements de santé devraient promouvoir la recherche sur les causes des mauvais traitements et de la négligence à l'endroit des personnes âgées, frêles ou vulnérables. Il importe de mieux définir le profil de la victime et de l'agresseur. La recherche s'avère aussi nécessaire afin de découvrir la corrélation entre les différents types de situations abusives et la fréquence de placement en établissement chez les personnes âgées suite aux mauvais traitements et à la négligence. C'est pourquoi les déclarations de cas doivent être exactes, les dossiers complets et les ressources disponibles.

Toutes les recherches qui portent sur les personnes âgées doivent être conformes aux pratiques juridiques et éthiques applicables à la recherche sur des sujets humains surtout en ce qui concerne l'importance d'un consentement éclairé de la part de la personne âgée ou frêle.

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

Cette partie traite d'un certain nombre de questions importantes qui touchent non seulement aux aspects médico-légaux de la prise en charge des victimes de mauvais traitements, de voies de fait, de négligence et de violence familiale, mais également à certains aspects des sciences médico-légales qui entrent en jeu.

Les programmes devraient ordinairement être conformes aux lois provinciales et être élaborés en collaboration avec les autorités judiciaires et policières aux échelons provincial et local. Toutes les politiques et procédures visant les questions médico-légales doivent, en outre, être soumises au conseiller juridique de l'établissement.

Consentement

Un consentement éclairé doit être obtenu chaque fois que l'information recueillie au cours d'un examen médical doit être utilisée ultérieurement en preuve.

Dans la pratique médicale, le consentement revêt généralement deux formes : a) le consentement implicite, b) le consentement explicite. On parle généralement de consentement implicite lorsque la présence même des patients à l'hôpital est un indice de leur consentement au traitement. Cette forme de consentement ne suffit guère lorsqu'il s'agit d'un cas médico-légal susceptible de faire l'objet de poursuites criminelles ou civiles.

Un consentement explicite peut être soit verbal soit écrit, et dans tous les cas d'examen médico-légal, le consentement écrit est fortement conseillé. Il est extrêmement important que ce consentement soit «éclairé». C'est-à-dire que la personne examinée comprenne non seulement la nature de l'examen mais la nature des conséquences de cet examen, autrement dit, elle doit savoir à qui les résultats seront communiqués et si cette information sera ou non utilisée par la suite comme élément de preuve. Ce consentement devrait être signé par la victime et les personnes qui procèdent à l'examen médical et devrait être contresigné par une personne qui ne fait pas

partie de la police. Dans bien des cas, ce consentement doit être fourni par le tuteur ou par un proche.

Tenue de dossiers

Il faut tenir dans chaque cas un dossier complet et lisible de l'examen médical et des éléments de preuve recueillis. La date et le moment de l'examen ainsi que les noms de toutes les personnes présentes devraient être inscrits. Il y a lieu d'établir un dossier qui fasse état de tout élément d'information qui aura aidé l'intervenant à déterminer la nature et la portée de l'examen. Toutes les données concernant les lésions et un compte rendu complet de tous les éléments de preuve recueillis doivent être versés au dossier médical.

Dans la mesure du possible, on doit inclure dans le dossier médical un dossier photographique de la victime et des lésions subies.

Traitement et protection des éléments de preuve

Tout matériel concernant un cas éventuellement criminel peut devoir être examiné dans un laboratoire de sciences médico-légales. Il peut s'agir de vêtements, d'armes, de balles et d'échantillons de liquide corporel. Ces examens ont pour objet de déterminer si un échantillon connu et un échantillon inconnu avaient une même origine. Ces échantillons doivent être manipulés de manière à ce qu'ils soient à l'abri de toute contamination.

Il incombe à toute personne qui est en possession de ces échantillons de veiller à ce qu'ils soient correctement identifiés, bien conservés et emballés pour le transport, à défaut de quoi ils risquent de se perdre ou de se détériorer. En outre, l'incapacité d'établir la chaîne de possession de l'échantillon peut entraîner son irrecevabilité comme élément de preuve devant les tribunaux.

Chaque article doit être identifié séparément de telle sorte à ne pas nuire à l'examen de l'élément de preuve ou à ne pas le détruire. S'il n'est pas possible d'identifier directement les articles, ces derniers doivent être placés dans des contenants appropriés qui doivent chacun être identifiés.

Il faut tout faire pour conserver l'objet dans l'état dans lequel il a été trouvé. Pour empêcher la décomposition, les articles qui sont maculés de sang ou d'un autre liquide corporel doivent faire l'objet d'une manipulation spéciale. Ils doivent dans la mesure du possible être séchés à l'air avant d'être emballés. Sinon, ils doivent être mis

dans un sac de papier et transférés dans les plus brefs délais. Les échantillons de sang et d'organes doivent être réfrigérés.

Les vêtements doivent toujours être emballés individuellement dans des contenants de plastique ou de papier. Chaque article ou chaque contenant doit être muni d'une étiquette sur laquelle figurent les renseignements suivants :

a) la nature de l'article,

b) le lieu où il a été trouvé,

c) le moment où il a été trouvé,

d) le nom de la personne qui l'a trouvé,

e) la façon dont il a été obtenu (par exemple au cours d'une intervention chirurgicale).

Les initiales ou les signatures de toutes les personnes qui ont eu la garde de l'article devraient figurer sur l'étiquette.

Lorsque les échantillons sont transmis à un agent de police ou à un membre du tribunal, le nom de la personne à qui l'élément de preuve a été remis doit être conservé par l'établissement de santé, ainsi que la date et l'heure de la remise de l'élément de preuve.

Les détails concernant toutes les étapes de la manipulation des éléments de preuve qui concernent une victime donnée doivent être versés au dossier médical et y être conservés en permanence de manière à ce qu'on puisse les consulter aisément.

Les guides de procédure à ce sujet peuvent être obtenus de tous les laboratoires de sciences médico-légales de la GRC et des laboratoires provinciaux de sciences médico-légales de Toronto et de Montréal. Il arrive que la marche à suivre pour la manipulation des éléments de preuve soit modifiée, au même titre que toute autre méthode utilisée en laboratoire. C'est pourquoi il est important de posséder un guide à jour en la matière.

Il existe dans la plupart des provinces des trousses spéciales pour certains types d'examens médico-légaux, par exemple dans les cas d'agression sexuelle. On peut obtenir des renseignements au sujet de ces trousses en s'adressant directement au laboratoire de sciences médico-légales de toute juridiction particulière.

Il faut veiller à conserver le matériel qui pourrait être ultérieurement nécessaire à des fins médico-légales.

Accès aux rapports et aux dossiers médicaux

Il faut remettre au personnel des instructions précises au sujet de la communication des dossiers médicaux et des rapports. Ces instructions doivent être élaborées conformément aux lois provinciales et de concert avec le conseiller juridique de l'établissement.

En règle générale, le mécanisme normalement prévu pour assurer la confidentialité des dossiers médicaux et pour obtenir un consentement éclairé concernant la divulgation de renseignements vaut également dans ces situations, sauf dans deux cas :

- lorsque la déclaration des cas soupçonnés de mauvais traitements ou de voies de fait est exigée par les lois provinciales, par exemple les lois de la protection de l'enfance en vigueur dans toutes les provinces et les lois concernant la déclaration des cas de violence à l'égard des personnes âgées, qui existent dans certaines provinces, et
- lorsqu'une telle mesure est spécialement exigée par un mandat ou un décret du tribunal.

Signalement des cas aux coroners et aux médecins légistes

Les exigences relatives au signalement des cas au coroner et aux médecins légistes varient considérablement d'une province à l'autre et peuvent être modifiées régulièrement, d'où la nécessité d'établir des protocoles conformes aux lois provinciales.

Dans toutes les juridictions, les décès consécutifs à un cas de mauvais traitements, de voies de fait, de négligence ou de violence en milieu familial doivent être déclarés.

Obligation de signaler les cas non mortels aux autorités provinciales

L'obligation d'intervenir en cas de présomption de mauvais traitements n'est plus uniquement considérée comme un devoir moral. Il est obligatoire de signaler les cas soupçonnés d'enfance maltraitée dans toutes les provinces, et les cas soupçonnés de violence à l'égard des personnes âgées, frêles ou vulnérables dans un

nombre croissant de provinces. Les instructions applicables à la déclaration des cas non mortels de mauvais traitements doivent être élaborées de concert avec les conseillers juridiques et les autorités provinciales chargées de la protection des citoyens. Il est également utile de consulter les autorités locales chargées de faire respecter la loi au moment de la préparation de ces instructions afin d'entretenir de bons rapports de collaboration. Toutes les politiques et pratiques en la matière doivent être mises à jour en conformité avec les lois provinciales.

Organes et tissus prélevés sur des victimes de violence, de voies de fait et de négligence

Les victimes de voies de fait, dont la mort cérébrale a été attestée, peuvent s'avérer des donneurs d'organes tout indiqués pour des transplantations. Il n'existe au Canada aucune méthode uniforme permettant de déterminer quels sont les types de cas qui conviennent à un don d'organes.

Les politiques provinciales en la matière évoluent rapidement; toutefois, dans toutes les provinces, le coroner ou le médecin légiste doit être avisé avant que la victime ne soit choisie comme donneur possible.

Préparation des opinions et des rapports

Les rapports de médecine légale consécutifs à l'examen des victimes (ou des présumées victimes) peuvent revêtir deux formes :

1) Un rapport fondé uniquement sur les faits observés et confirmés au cours de l'examen médical et de la prestation des soins à la victime;

2) Un rapport d'opinion fondé sur les conclusions d'un expert en la matière. Il peut s'agir d'opinions fondées non seulement sur les faits observés et les témoignages enregistrés par l'auteur du rapport mais également sur les éléments d'information obtenus d'autres personnes qui dispensent des soins à la victime.

Dans de nombreux cas, il peut y avoir une combinaison d'énoncés de fait et d'énoncés d'opinions. Il est très important que les rapports fondés sur les opinions fassent état de renseignements qui permettent d'établir la compétence de l'expert. Ces rapports devraient comprendre également une liste complète de tous les documents et les sources d'information sur lesquels repose l'opinion. La

rédaction d'un rapport de médecine légale suppose une formation que l'on ne retrouve pas toujours chez les professionnels de la santé. Des données à ce sujet devraient être intégrées au programme de formation en cours d'emploi.

Formation

Les programmes de formation en médecine légale devraient faire partie de tous les programmes de formation en cours d'emploi concernant les mauvais traitements, les voies de fait, la négligence et la violence familiale et devraient s'adresser à tous les intervenants et aux stagiaires qui s'occupent de soins de santé, peu importe leur discipline. Il faudrait mettre au point des programmes uniformes qui toucheraient à des sujets tels que la documentation des blessures, la consignation de la version donnée par l'intéressé des faits quant à l'origine des blessures, le lien entre cette version et les blessures, les éléments de preuve, les lignes directrices pour la rédaction de rapports, les renvois aux tribunaux et les témoignages devant les tribunaux. Dans certains cas, ces programmes de formation devraient être renforcés par un guide de formation élémentaire en médecine légale.

■ CONCLUSION

La coopération et la coordination interdisciplinaires et intersectorielles sont essentielles à une intervention efficace auprès des victimes de mauvais traitements, de voies de fait, de négligence et de violence familiale. Un certain nombre de stratégies et de structures importantes peuvent faciliter cette collaboration.

Les petits établissements peuvent faciliter la tâche au personnel en adoptant des politiques, règles et mécanismes d'orientation efficaces qui renforcent les approches axées sur la coopération ou le travail d'équipe. Souvent, la qualité des soins et l'exploitation judicieuse du personnel sont améliorées par diverses approches structurées, notamment le recours à des comités ou à des équipes interdisciplinaires qui s'occupent de ces questions et la mise en place d'un mécanisme pour la coordination des rapports avec les divers services communautaires.

Structures des comités

Divers types de comités peuvent s'avérer utiles à titre de mécanismes de coordination tant pour la planification que pour la mise en oeuvre. La raison d'être de ces comités devrait être clairement définie et leurs membres devraient être choisis en conséquence. L'élaboration de politiques, de règles et de protocoles, le maintien de rapports continus avec la collectivité, la promotion d'une approche interdisciplinaire pour la prise en charge des cas, la promotion des activités de formation et de recherche et les conseils et l'aide pour l'évaluation des programmes et des réactions globales de la collectivité ne sont que quelques-unes des fonctions qui pourraient être intégrées aux structures des comités.

De manière générale, les objectifs du comité devraient être orientés vers la mise en place de politiques et de règles précises et accessibles, la création d'un réseau d'intervenants informés et l'instauration d'un climat qui permet à tous les membres du personnel de réagir avec professionnalisme aux problèmes posés par les mauvais traitements ou la violence. Les comités doivent se garder de se couper du reste du personnel. En dernière analyse, c'est au moment des quarts de soirée d'un congé de fin de semaine que la qualité des services est sans doute soumise à sa plus rude épreuve.

Les groupes qui sont chargés, par un mandat bien défini, de se pencher sur certains aspects d'une situation peuvent donner des meilleurs résultats qu'un très vaste comité consultatif à caractère interdisciplinaire, qui tente d'intégrer toutes les fonctions. Par exemple, si on envisage de confier un cas précis à un comité, les membres du comité de coordination auxquels on devra faire appel, au début du dépistage, de la déclaration, de l'élaboration des dossiers et de l'orientation vers les services de protection et les services judiciaires, ne seront peut-être pas tout à fait les mêmes que ceux auxquels on a recours pour la prise en charge continue du cas et pour le suivi.

Quoi qu'il en soit, la composition de ces comités dépendra de la taille de l'établissement et de la portée du programme. Les mécanismes prévus pour examiner divers aspects de ces problèmes ont été décrits ailleurs dans les sections spécifiques du présent document.

Collaboration avec les services communautaires

Au niveau des services directs, au cours des phases de l'évaluation et de l'intervention, il peut être nécessaire d'assurer la liaison avec les organismes pertinents tels que les services de protection de l'enfance, les services de santé publique et de santé communautaire, les écoles, les forces de police et les services juridiques pour recueillir des renseignements complémentaires ou faciliter une planification complète.

Que la victime réintègre son foyer ou doive changer de milieu de vie, le personnel devra nouer de nombreux contacts avec un certain nombre de ressources communautaires en prévision de la fin de l'intervention afin de favoriser la création d'un réseau de soutien bien informé au sein de la collectivité. Parmi ces ressources peuvent figurer les foyers d'hébergement, les organismes qui s'occupent de défense d'intérêts ou d'aide financière, les services de counseling individuel ou familial et d'autres services spécialisés, selon le cas. Des renseignements détaillés sur les services appropriés ont été fournis dans les différentes sections de ce guide.

À titre de complément aux services directs de dépistage et de traitement des victimes de mauvais traitements, d'aide à la famille de la victime et d'intervention auprès des agresseurs, certains établissements assument parfois d'autres rôles, et s'occupent dans certains cas de toutes les activités d'orientation et de coordination. Dans d'autres cas, les services communautaires au niveau provincial ou local participent, au sein de l'établissement de santé, aux activités d'évaluation et de protection. À plusieurs niveaux, la coordination avec les services communautaires s'avère essentielle. À cet égard,

les attentes et les protocoles en bonne et due forme devraient être définis et indiquer clairement le rôle et les responsabilités de chaque professionnel ou organisme.

Il y a aussi les activités de sensibilisation, par le biais des médias, destinées à renseigner la population sur les ressources offertes en matière de prévention ou d'intervention. Pour répondre aux besoins des victimes elles-mêmes, il y a lieu de distribuer à des endroits stratégiques, au sein de l'établissement de santé, des dépliants et des brochures qui font état des mesures d'auto-protection et des ressources offertes en cas d'urgence.

Approche interdisciplinaire

Lorsqu'il est question de mauvais traitements, de voies de fait, de négligence et de violence familiale, il y a une étape au cours de laquelle les diverses disciplines doivent faire connaître leurs intérêts, leurs impressions, leurs attitudes et leurs besoins pour parvenir à une meilleure compréhension de la portée et des ramifications du problème et des exigences du programme. Ce processus qui, à première vue, semble lent et inutile est pourtant essentiel, constructif et, somme toute, très efficace pour l'élaboration d'une approche interdisciplinaire harmonieuse

Les équipes interdisciplinaires qui s'intéressent aux cas de mauvais traitements, de voies de fait, doivent se pencher sur le problème de l'abus de pouvoir non seulement pour saisir parfaitement la nature de l'intimidation et de la victimisation, mais aussi parce qu'il s'agit d'un aspect important du travail interdisciplinaire proprement dit.

Les établissements de santé devront préciser et aménager leurs propres exigences internes pour répondre aux besoins des victimes de mauvais traitements et de leur famille. Le succès de cette entreprise sera grandement rehaussé si l'établissement s'engage à promouvoir l'instauration d'un réseau complet de services de prévention, de traitement et de soutien dans la collectivité, qui misent sur la coopération, la coordination et l'appui.

■ ANNEXES

I LISTE DE CONTRÔLE DES POLITIQUES ET DES RÈGLES APPLICABLES AUX SOINS DE SANTÉ LIÉS AUX MAUVAIS TRAITEMENTS, AUX VOIES DE FAIT, À LA NÉGLIGENCE ET À LA VIOLENCE FAMILIALE

REMARQUE : Les politiques, règles et protocoles devraient refléter la législation provinciale, les normes en matière de soins, les principes et la mission de l'établissement. Voici une liste des points qui devraient y être abordés :

- le rôle de chaque groupe de professionnels qui dispensent des services;
- les exigences relatives à la tenue de dossiers;
- l'obligation de déclarer les cas;
- l'obtention d'un consentement éclairé;
- l'obtention et le traitement des éléments de preuve à caractère médico-légal;
- les éléments de base de l'évaluation et de l'intervention;
- les équipes ou comités d'intervention auprès des victimes de mauvais traitements ou de voies de fait;
- les services de suivi offerts et la façon de les mobiliser;
- l'établissement de liens avec d'autres services hospitaliers et communautaires;
- la confidentialité et la divulgation de renseignements sur les clients.

II LISTE DE CONTRÔLE POUR LA VÉRIFICATION DES SOINS LIÉS AUX MAUVAIS TRAITEMENTS, AUX VOIES DE FAIT, À LA NÉGLIGENCE ET À LA VIOLENCE FAMILIALE

Les vérifications des soins pourraient porter sur :

Le dépistage

- Y a-t-il des cas qui ne sont pas détectés ou qui font l'objet d'un diagnostic erroné?
- Les critères d'intervention sont-ils satisfaits?
- Les interventions d'urgence sont-elles exécutées conformément au protocole?
- Les membres de l'équipe compétents sont-ils mis au courant des cas de présomption d'abus?
- Les forces de police sont-elles averties au bon moment?
- En cas de décès, le coroner ou le médecin légiste est-il été avisé?

L'évaluation

- D'après l'observation médicale, y a-t-il déjà eu d'autres incidents?
- Passe-t-on en revue les dossiers médicaux pour connaître les détails des incidents antérieurs?
- S'est-on renseigné auprès des personnes qui ont accompagné ou orienté le patient?
- Le patient et le présumé agresseur sont-ils interrogés séparément?
- Le réseau de soutien social de la victime est-il évalué?
- L'examen physique est-il réalisé selon le protocole?
- Le niveau de danger pour la victime est-il évalué?
- L'évaluation est-elle faite conformément au protocole?

L'intervention

- Les besoins immédiats du patient sont-ils pris en considération?
- Un plan d'intervention est-il préparé?

- Les démarches sont-elles expliquées au patient?
- Les services spécialisés de counseling et de traitement sont-ils adaptés aux besoins du patient?
- Les organismes de protection de l'enfance sont-ils saisis du cas, si nécessaire?

L'orientation et le suivi

- Existe-t-il des mécanismes d'orientation viables?
- Une liste de ressources pour fin d'orientation est-elle mise à la disposition du personnel de l'établissement?
- Les orientations répondent-elles aux besoins du client?
- Les clients s'adressent-ils effectivement au service vers lequel ils sont orientés?
- Procède-t-on, s'il y a lieu, à une nouvelle étude du cas?

La tenue de dossiers

- Les formulaires appropriés sont-ils utilisés?
- Établit-on des dossiers concernant :

  · le dépistage
  · l'évaluation
  · l'intervention, et
  · le suivi ou l'orientation?

Les résultats

Il est difficile, dans ce domaine en particulier comme dans bien d'autres, de déterminer dans quelle mesure l'ensemble des objectifs d'un programme est réalisé. Lorsqu'on juge de la réussite d'un programme axé sur la violence familiale dans la perspective du client ou du patient, on obtient des renseignements précieux tant pour l'amélioration que pour l'assurance de la qualité du programme. Une telle démarche peut être intégrée au suivi de telle manière à encourager le client à faire ressortir les éléments tant positifs que négatifs du programme, ce qui correspond à la véritable raison d'être d'un suivi.

III RÉPARTITION DES RÔLES

Chaque établissement devrait mettre au point ses propres énoncés de fonctions pour répondre aux besoins des divers programmes. Les programmes ne font pas tous appel à toutes les catégories de personnel. Toutes les disciplines devraient participer à la planification du programme, à l'élaboration de politiques et de règles pertinentes et à la préparation de programmes de formation appropriés. Les fonctions énumérées ci-dessous concernent l'intervention et la prise en charge, dans les cas de mauvais traitements, et ne sont données qu'à titre indicatif.

Rôle du coordonnateur

Cette personne peut représenter n'importe quelle discipline mais devrait veiller à ce que le programme d'aide aux victimes de mauvais traitement fonctionne de façon satisfaisante, harmonieuse et efficace, conformément à son mandat. Le coordonnateur devrait aussi avoir pour responsabilité :

- d'assumer les fonctions déléguées par le directeur général de l'hôpital;
- de veiller à ce que toutes les disciplines fonctionnent bien ensemble;
- de déterminer quels sont les professionnels du comité qui doivent être mis à contribution pour un cas donné;
- d'obtenir au besoin la collaboration d'organismes de l'extérieur;
- d'instaurer et de maintenir des liens avec des organismes de l'extérieur, notamment les forces de police, les services de protection et l'appareil judiciaire;
- de veiller à ce que tous les membres de l'équipe interdisciplinaire connaissent leurs rôles et ceux d'autres professionnels et qu'ils agissent en conséquence;
- de recueillir des renseignements au sujet des protocoles appropriés, des trousses, des marches à suivre, etc., et de les passer en revue avec les membres du comité;
- de faire des recommandations concernant l'élaboration de protocoles;
- de veiller à ce que les brochures, les trousses, et les protocoles soient constamment mis à jour et conformes à la législation fédérale et provinciale et à l'évolution de la médecine.

Rôle du médecin

- Enregistrer l'historique du cas et procéder à l'examen physique;
- Traiter les problèmes aigus concernant les blessures, la maladie ou la grossesse et tenir un dossier médical;
- Contribuer au diagnostic de mauvais traitements;
- Obtenir des données médico-légales pour les poursuites;
- Adresser la victime à des sources d'aide appropriées lorsque les effets psychologiques du traumatisme ou d'autres problèmes peuvent nécessiter l'intervention d'un spécialiste;
- Assurer le suivi nécessaire ou y contribuer.

Rôle de l'infirmière

- Participer à l'évaluation de l'enfant ou de l'adulte et évaluer la dynamique familiale;
- Recueillir des données auprès de l'enfant ou de l'adulte ou des membres de la famille et les verser au dossier;
- Offrir les services de traitement et de soutien à la victime et aux membres de la famille;
- Communiquer avec les personnes compétentes telles que la police, les intervenants dans les situations de crise, le médecin, le coordonnateur de l'équipe d'intervention auprès des victimes, selon la situation, lorsqu'il y a lieu de fournir des soins sérieux;
- Observer le fonctionnement de l'enfant ou de l'adulte victime ou des membres de la famille pour faciliter un plan de prise en charge et verser les renseignements au dossier;
- Orienter les intéressés vers les sources d'aide appropriées, à titre de suivi;
- Offrir à la victime un soutien émotionnel, en toute objectivité;
- Faciliter l'examen de la victime et participer à la collecte d'éléments de preuve médico-légale;
- Renseigner la victime au sujet des options possibles, des recours devant les tribunaux, etc.; et
- S'assurer que les trousses nécessaires soient disponibles au département d'urgence.

Rôle du travailleur social

- Interroger l'enfant ou l'adulte et les membres de la famille et faire au besoin une évaluation de la famille;
- Participer au diagnostic de l'abus;
- Faciliter les communications entre la famille, le personnel médical et les organismes extérieurs;
- Renseigner la victime au sujet des options possibles, du recours devant les tribunaux, etc.;
- Offrir des services de traitement et de soutien à l'enfant ou à l'adulte victime de mauvais traitement et aux membres de la famille;
- Consulter au besoin d'autres membres de l'équipe; et
- Faciliter l'orientation des intéressés vers d'autres sources d'aide.

Rôle du responsable de la formation du personnel

- Offrir au personnel de l'hôpital une formation pertinente dans le domaine des mauvais traitements, des voies de fait, de la négligence et de la violence familiale;
- Offrir au personnel de l'hôpital une formation pertinente pour l'aider à répondre aux besoins des victimes qui se présentent à l'hôpital immédiatement après un cas de mauvais traitements ou de voies de fait, ou des victimes qui dévoilent une expérience antérieure de mauvais traitements;
- Déterminer quels sont les centres où le personnel peut recevoir une formation complémentaire;
- Mettre à la disposition de l'établissement de santé et du personnel des livres, des revues, des films, des documents vidéo et d'autres ressources appropriées pour améliorer les connaissances et les compétences dans le domaine de mauvais traitements, de voies de fait, de négligence et de violence familiale;
- Organiser des conférences en cours d'emploi, faire appel à des conférenciers et tenir des ateliers sur les mauvais traitements à l'intention du personnel préposé aux soins;
- Se pencher sur le stress ou sur d'autres problèmes vécus par les membres du personnel incapables de s'occuper des cas de violence en raison de leurs propres expériences; et
- S'assurer que les membres du personnel comprennent, grâce à leur formation, comment leurs propres préjugés et leurs

expériences peuvent influencer leur capacité de dispenser des services à certaines victimes ou à des agresseurs dans des situations telles que la violence conjugale, les agressions sexuelles, la violence à l'égard des personnes âgées ou des enfants.

Rôle de l'intervenant dans les situations de crise

Ce rôle pourrait être rempli par des bénévoles ayant reçu une formation, des travailleurs sociaux, des représentants religieux ou autres, qui travaillent soit à l'hôpital soit dans la collectivité. Ces personnes ont surtout pour fonction d'offrir du soutien et des services aux victimes d'agressions sexuelles, mais ils peuvent aussi être mis à contribution pour d'autres types de violence en milieu familial, par exemple la violence conjugale. Plus précisément, leur rôle consiste à :

- fournir de l'aide à la victime;
- renseigner la victime quant aux options possibles, aux recours devant les tribunaux, etc.;
- dispenser des conseils à titre de suivi ou orienter la victime vers une source d'aide appropriée;
- déterminer quels sont les centres où le personnel peut recevoir une formation complémentaire.

Rôle du psychologue

- Participer à l'évaluation de l'enfant, de l'adulte ou de l'agresseur et évaluer la dynamique familiale;
- Offrir des services de traitement et de soutien à l'enfant, à l'adulte, à l'agresseur ou à la famille;
- Entretenir des relations avec d'autres professionnels et prestateurs de services pour le suivi continu de l'enfant, de l'adulte, de l'agresseur ou de la famille aux prises avec des problèmes de santé mentale;
- Se tenir au courant des résultats de recherches portant sur le dépistage et la prévention précoces de cas de violence, et sur le traitement et la réadaptation des victimes et des agresseurs.

IV LISTE DES GUIDES RELATIFS AUX SERVICES INSTITUTIONNELS

Les guides suivants ont été établis sous l'égide du Sous-comité fédéral-provincial sur les guides relatifs aux programmes institutionnels, à la demande du Comité consultatif fédéral-provincial des services en établissement et des services médicaux. Quelques-uns de ces guides sont des versions mises à jour des normes publiées par le Sous-comité.

Centre de transplantation d'organes vitaux (1987)
Établissement de soins prolongés pour adultes (1984)
Guide régissant l'établissement d'un laboratoire d'exploration fonctionnelle respiratoire (1982)
Hôtellerie pour malades (1978)
Imagerie par résonance magnétique (1986)
La réutilisation des articles jetables : document de travail (1985)
L'évaluation et le placement dans le cadre des soins prolongés : un modèle à accès unique (1988)
Programme de médecine physique et de réadaptation (1986)
Programme de traitement des accidents cérébrovasculaires (1986)
Programme de traitement des lésions de la moelle épinière (1986)
Programme de traitement des néphropathies au stade terminal (1986)
Services de soins pour personnes diabétiques (1989)
Services d'inhalothérapie (1987)
Services cardio-vasculaires dans les hôpitaux (1986)
Services de soins intensifs (1988)
Services de soins palliatifs dans les hôpitaux (1989)
Services de soins prolongés pour enfants et adolescents (1985)
Services de toxicomanie dans les hôpitaux (1984)
Services de visualisation du sein : mammographie (1986)
Services d'urgence dans les hôpitaux (1989)
Services d'urgence préhospitaliers (1985)
Services et systèmes de visualisation diagnostique : vue d'ensemble (1986)
Services hospitaliers de don d'organes et de tissus (1986)
Soins de santé liés aux mauvais traitements, aux voies de fait, à la négligence et à la violence (1989)
Soins pour enfants et adolescents dispensés par les hôpitaux généraux (1982)
Soins psychiatriques aux adultes dispensés par les hôpitaux généraux (1988)
Soins psychiatriques pour enfants et adolescents dispensés par les hôpitaux généraux (1982)
Unité de chirurgie de jour (1982)

Unité d'échodiagnostic dans les hôpitaux (1985)
Unités de gériatrie - Hôpitaux de jour pour personnes âgées (1979, sous révision)
Unité de médecine de jour dans l'hôpital (1984)
Unité de médecine nucléaire (1985)
Unité de médecine physique et de réadaptation (1986)
Unité de soins aux brûlés (1985)
Unité de soins dentaires en milieu hospitalier (1979)
Unité de soins intensifs périnatals dans un réseau de soins périnatals (1986)
Unité de tomodensitométrie (1986)
Unité de traitement des lésions de la moelle épinière (1986)
Unité d'urgence dans les hôpitaux (1988)